แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้อง
ขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

สำหรับพนักงานราชการ หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

1. ชื่อหน่วยงาน.....สังกัดกรม.....กระทรวง.....
ที่ตั้ง.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

2. ชื่อพนักงานราชการที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี
ภูมิลำเนาบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐ ☐ เลขที่บัตรประกันสังคม ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

3. วัน เดือน ปี ที่พนักงานราชการได้รับการจ้าง..... ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย.....
4. เวลาทำงานปกติเริ่ม.....น. เลิก.....น. ทำงานสัปดาห์ละ.....วัน
5. ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าตอบแทน .....เดือนละ..... บาท
6. รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด).....
.....
7. การประสบอันตรายเกิดขึ้นที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
8. วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย .....เวลา.....น. วัน เดือน ปี ที่หน่วยงานทราบ.....
9. วัน เดือน ปี ที่พนักงานราชการเริ่มหยุดงาน.....วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน.....
10. สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร).....
.....
.....
11. ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุอวัยวะหรืออาการ เช่น แขนขวาขาด).....
12. ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์.....
.....
13. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/ส่วนราชการที่จ้างพนักงานราชการ
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ.....พนักงานราชการ/ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1.ให้พนักงานราชการหรือผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทนภายใน 180 วันนับแต่วันที่ประสบอันคราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย

2. ส่วนราชการมีอำนาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)

3. ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่ส่วนราชการซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)

หนังสือรับรองของแพทย์ผู้รักษา

ข้าพเจ้า (นายแพทย์,แพทย์หญิง).....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

สถานที่ตรวจรักษา.....

.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี

   H.N. .....A.N. .....

2. เข้ารับการรักษาครั้งแรกวันที่.....เวลา.....น.

   ☐ กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน ☐ กรณีประสบอันตรายจากการทำงาน

3. สาเหตุของการเจ็บป่วย / ประสบอันตราย.....

4. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการที่สำคัญ.....

5. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ.....

   (Pertinent Physical Exam).....

.....

6. ผลการตรวจพิเศษ.....

   (Investigation).....

7. การวินิจฉัยโรค (ให้ระบุชื่อโรคโดยใช้หลักตาม ICD10) 1.....

   2.....

   3.....

(Diagnosis).....

โรคแทรก.....

8. การรักษา ☐ แนะนำ ☐ ยา,แนะนำ ☐ ผ่าตัด ☐ หัตถการอื่น ๆ ระบุ.....

   (Treatment)

   ถ้ามีการผ่าตัด 1.....

   วันที่.....

   2.....

   วันที่.....

9. ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว ☐ มีกำหนด.....เดือน .....วัน ตั้งแต่วันที่.....

   ถึงวันที่..... ☐ วันสิ้นสุดการรักษา..... ☐ ยังไม่สิ้นสุดการรักษา

10. ผลการรักษา ☐ สูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1..... ร้อยละ.....

    2..... ร้อยละ.....

    3..... ร้อยละ.....

    ☐ ไม่มีการสูญเสีย.....

    ☐ เสียชีวิตจากสาเหตุ.....

11. ความเห็นอื่น.....

(Comments).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....