สำนักงานประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่บัญชี .....
เลขรหัส .....
เลขที่ประสบอันตราย .....
วันที่รับ .....

แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

1. ชื่อสถานประกอบการ ..... เลขที่บัญชี 1 0 9 0 0 0 1 6 2 2
สำนักงานเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
ประเภทกิจการ ..... จำนวนลูกจ้าง ..... คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน .....

2. ชื่อลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย,นาง,นางสาว) ..... อายุ 40 ปี
ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ เลขที่บัตรประกันสังคม ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มเข้าทำงาน ..... ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย .....

4. เวลาทำงานปกติเริ่ม ..... น. เลิก ..... น. ทำงานสัปดาห์ละ ..... วัน

5. ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่นๆ .....) ละ ..... บาท

6. รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด) .....
.....

7. การประสบอันตรายเกิดขึ้น ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

8. วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ..... เวลา ..... น. วัน เดือน ปี ที่นายจ้างทราบ .....

9. วัน เดือนปี ที่ลูกจ้างเริ่มหยุดงาน - วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน .....

10. สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร)
.....
.....

11. ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุอวัยวะหรืออาการ เช่น แขนขวาขาด) .....

12. ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์ .....
.....

13. โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล .....

14. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ..... เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ ..... นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) ประทับตราของบริษัท
ตำแหน่ง ..... หรือห้างร้าน (ถ้ามี)
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

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

คำเตือน
1. ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ มิฉะนั้นจะมีความผิด ต้องระหว่างโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
2. ให้ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และกรอกแบบรายการให้ถูกต้องครบถ้วน
3. พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)
4. ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)

สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....