

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน (ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน)
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

1. สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
 2. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา
- ที่อยู่/โทรศัพท์ : ปรากฏตามภาคผนวก หรือ
สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์
<http://www.sso.go.th>

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ

1. นายจ้างยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคม แห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ หรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย
 2. ลูกจ้าง หรือผู้มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท.16) ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่ หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย
 3. ต้องเป็นลูกจ้างของนายจ้าง ที่อยู่ในข่ายความคุ้มครองตามกฎหมายเงินทดแทน
 4. ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้าง
 5. ลูกจ้างต้องเข้ารับการฟื้นฟู ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน ของสำนักงานประกันสังคม
 6. ลูกจ้างได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงาน ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานแล้ว
- หมายเหตุ ทั้งนี้ การยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท. 16) เพียงครั้งเดียว สามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ทุกกรณี ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ค่าทำศพ ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานติดต่อกันได้เกินสามวัน ค่าทดแทนกรณีสูญเสียอวัยวะ ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ และค่าทดแทนกรณีตายหรือสูญหาย

วิธีการและเงื่อนไขการยื่นคำขอฯ

1. นายจ้าง / ลูกจ้าง ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท. 16) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบ และอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอฯ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลา

กำหนดและมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้นายจ้าง / ลูกจ้างทราบ

4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้

5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้

1) กรณีรับเงินสด / เช็ค (ลูกจ้าง ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนมาแสดงหรือกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจไปแสดงด้วย)

2) กรณีรับเงินทางธนาคารให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อรับเงินให้ชัดเจน

3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและเลขบัญชีของลูกจ้าง เท่านั้น

6. กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร สำนักงานฯ จะส่งธนาคารให้ลูกจ้าง ภายใน 3 วันทำการนับถัดจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

7. กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้โอนเงินเข้าบัญชีลูกจ้าง ภายใน 5 วันทำการ นับจากวันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

1. กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน หรือไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และ ผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทนกองทุนทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ ร่วมกันพร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และเอกสารประกอบการพิจารณา

2. ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ฝากผู้อื่น ส่งเมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอหรือผู้แทนส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง

3. พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการแก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว

4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ

ขั้นตอน

1. การตรวจสอบเอกสาร
นายจ้าง / ลูกจ้าง ยื่นคำขอฯ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ
ความครบถ้วนและถูกต้องของแบบคำขอฯ
และเอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ
พร้อมบันทึกคำขอฯ ในระบบคอมพิวเตอร์
(ระยะเวลา 5 นาที/ราย)

2. การพิจารณา

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12

เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัย
(ระยะเวลา 10 นาที/ราย)

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

3. การลงนาม

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12

เจ้าหน้าที่อนุมัติแจ้งผล คำวินิจฉัย ลูกจ้าง รับเงิน
(กรณีรับเงินสด / เช็ค ณ สำนักงานฯ)

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

(ระยะเวลา 15 นาที/ราย)

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 30 นาที /ราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท. 16) จำนวน 1 ฉบับ
 2. แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษายาบาล (กท. 44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน) ต้นฉบับพร้อมสำเนา จำนวน 2 ฉบับ
 3. ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล จำนวน 1 ชุด
 4. การประสบอันตรายที่ไม่ชัดเจน เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ เกิดเหตุนอกสถานที่ เป็นต้น ต้องขอหลักฐานเพิ่มเติม เช่น หลักฐานการลงเวลาทำงาน บันทึกประจำวันตำรวจ แผนที่เกิดเหตุ เป็นต้น จำนวน 1 ชุด
 5. มติคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน จำนวน 1 ชุด
 6. ใบเสร็จรับเงิน จำนวน 1 ชุด
 7. กรณีลูกจ้างมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดง หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของลูกจ้าง โดยสามารถเลือกรับได้ที่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) จำนวน 1 ชุด
 8. กรณีลูกจ้างมีการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ให้แนบสำเนาใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลมาแสดงด้วย จำนวน 1 ชุด
 9. กรณีลูกจ้างเป็นต่างชาติมารับเงินด้วยตนเองต้องนำหนังสือเดินทาง (Passport) หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้ และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง จำนวน 1 ชุด
 10. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับ เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน จำนวน 1 ชุด
- หมายเหตุ จำนวนเอกสารหลักฐานตามข้อ 3, 4, 6 ขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงการใช้สิทธิ

ค่าธรรมเนียม

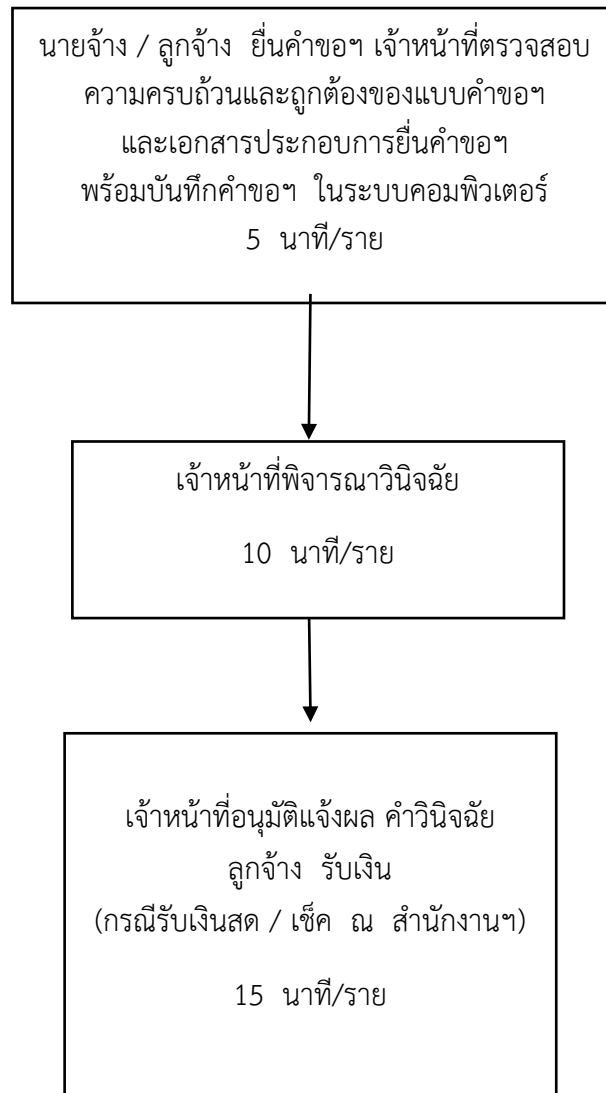
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

การให้บริการ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

1. ติดต่อด้วยตนเอง หรือทางจดหมาย หรือโทรศัพท์ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา และสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง
2. เว็บไซต์ www.sso.go.th
3. สายด่วน 1506
4. ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /
ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)

ขั้นตอนการขอรับเงินทดแทนกองทุนเงินทดแทน (คำฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน)



ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 30 นาที / ราย

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท. 16)
- ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล
- แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษายาบาล (กท. 44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน)



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 ☐ หัตถการอื่นๆ ระบุ.....
(Treatment)

ถ้ามีการผ่าตัด 1.....
วันที่.....

2.....

วันที่.....

9. ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว ☐ มีกำหนด.....เดือน.....วัน ตั้งแต่วันที่.....
วันสิ้นสุดการรักษา.....☐ ยังไม่สิ้นสุด
การรักษา

10. ผลการรักษา ☐ สูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1.....ร้อยละ.....
(Result) 2.....ร้อยละ.....
3.....ร้อยละ.....

☐ ไม่มีการสูญเสีย.....

☐ เสียชีวิตจากสาเหตุ.....

11. ความเห็นอื่น.....
(Comments)

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา



แบบแจ้งการประสูติบุตรราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้อง
ขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537
สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่บัญชี

เลขรหัส

เลขที่ประสบอันตราย

วันที่รับ

1. ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี
 สำนักงานเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 ประเภทกิจการ..... จำนวนลูกจ้าง..... คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน.....
 2. ชื่อลูกจ้างที่ประสบอันตราย 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 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 (ระบอวัยวะหรืออาการ เช่น แขนขาขาด).....
 12. ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์.....
 13. โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล.....
 14. ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา..... เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย.....

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

- คำเตือน**
1. ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ มิฉะนั้นจะมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
 2. ให้ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายและกรอกแบบรายการให้ถูกต้องครบถ้วน
 3. พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)

ขยาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน

. 137)

สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แบบ กท.44



สำนักงานประกันสังคม

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษายาบาล

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาล.....

ด้วย (ชื่อลูกจ้าง)..... เป็นลูกจ้างของ.....

ซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนเลขที่บัญชี ตั้งอยู่เลขที่

.....โทรศัพท์.....

ได้รับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง เมื่อวันที่ ณ
สถานที่.....

สาเหตุและลักษณะของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

.....
.....

จึงขอให้แพทย์ให้การรักษายาบาลแก่ลูกจ้างตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยและส่งเอกสาร
เรียกเก็บเงินจากกองทุนเงินทดแทน โดยข้าพเจ้าจะยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้อง
ขอรับเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท.16) ต่อสำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ภายใน 15 วัน
ตามที่กฎหมายเงินทดแทนกำหนดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ประทับตราของนิติบุคคล (ถ้ามี)

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

มาตรา 5 ในพระราชบัญญัตินี้

“ประสบอันตราย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างได้รับอันตรายแก่กายหรือผลกระทบแก่จิตใจหรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงานหรือป้องกันรักษาประโยชน์ให้แก่นายจ้างหรือตามคำสั่งของนายจ้าง

“เจ็บป่วย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน

“ค่ารักษาพยาบาล” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตรวจรักษาการพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อให้ผลของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยบรรเทาหรือหมดสิ้นไป และหมายความรวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องใช้หรือวัตถุที่ใช้แทนหรือทำหน้าที่แทนหรือช่วยอวัยวะที่ประสบอันตรายด้วย

มาตรา 13 เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันทีตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น และให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามวรรคหนึ่งโดยไม่ชักช้าเมื่อฝ่ายลูกจ้างแจ้งให้นายจ้างทราบ

มาตรา 48 เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ต่อสำนักงานแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ตามแบบที่เลขาธิการกำหนดภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย

มาตรา 62 นายจ้างผู้ใดไม่จัดให้ลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรา 13 หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 17 มาตรา 44 หรือมาตรา 48 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

หมายเหตุ

1. แบบ กท.44 นี้ มีไว้เพื่อส่งตัวลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้างไปเข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน
2. แบบ กท.44 เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับลูกจ้างและนายจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานและเข้ารับการรักษายาบาล ณ สถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน โดยสถานพยาบาลจะเป็นผู้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน
3. นายจ้างที่ยื่นแบบ กท.16 หรือ กท.44 นายจ้างยังมีหน้าที่ต้องส่งเอกสารเพิ่มเติมตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม มิฉะนั้นสำนักงานประกันสังคมอาจปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาล ซึ่งนายจ้างต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลตามมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537
4. ในกรณีที่สำนักงานมีคำวินิจฉัยว่า ค่ารักษาพยาบาลของลูกจ้างส่วนใดเป็นค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นค่ารักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น สถานพยาบาลต้องไม่นำค่ารักษาพยาบาลส่วนนั้นไปเรียกเก็บจากลูกจ้างนายจ้าง หากมีการเรียกเก็บไปแล้ว สถานพยาบาลต้องดำเนินการคืนเงินภายใน 15 วัน หากไม่ปฏิบัติตามสำนักงานประกันสังคมมีสิทธิหักจากค่ารักษาพยาบาลที่จะจ่ายให้สถานพยาบาลในคราวต่อไป
5. สำหรับสถานพยาบาลในกรณีที่มีข้อสงสัย โปรดโทรศัพท์สอบถามไปยังนายจ้างหรือโทรศัพท์สอบถามไปยัง
 - ☐ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน โทร. 0 – 2956 – 2725 – 8
 - ☐ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่...../สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขาอำเภอ.....โทร.....