

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การขอรับเงินทดแทน กองทุนเงินทดแทน (ค่าทดแทนกรณีตาย หรือสูญหาย)
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 และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

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 หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้างจนทำให้ถึงแก่ความตายหรือสูญหาย
- หมายเหตุ ทั้งนี้ การยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท. 16) เพียงครั้งเดียว สามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ทุกกรณี ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน ค่าทำศพ ค่าทดแทนกรณีไม่สามารถทำงานติดต่อกันได้เกินสามวัน ค่าทดแทนกรณีสูญเสียอวัยวะ ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ และค่าทดแทนกรณีตายหรือสูญหาย

วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

1. นายจ้าง / ผู้มีสิทธิ ต้องกรอกแบบยื่นคำขอรับเงินทดแทน (กท. 16) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมตรวจสอบและอ่านข้อความให้ครบถ้วนก่อนลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน พร้อมวัน เดือน ปี ที่ยื่นคำขอ
2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาต้องรับรองความถูกต้องของสำเนาทุกฉบับ
3. กรณีเอกสารหลักฐานและข้อเท็จจริง ครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลา กำหนดและมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้นายจ้าง / ผู้มีสิทธิทราบ
4. กรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยเรื่องได้ เจ้าหน้าที่จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบว่าเหตุใดจึงยังไม่สามารถวินิจฉัยได้

5. การรับเงินมี 3 วิธี ดังนี้

- 1) กรณีรับเงินสด / เช็ค (ผู้มีสิทธิ ขอรับด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชน มาแสดงหรือกรณีมอบอำนาจ ให้บุคคลอื่นมารับแทนต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบ อำนาจไปแสดงด้วย)
 - 2) กรณีรับเงินทางธนาคารให้ระบุชื่อที่ทำการไปรษณีย์ที่ต้องการจะติดต่อบริษัทให้ชัดเจน
 - 3) กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร ต้องแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ที่มีชื่อและ เลขบัญชีของผู้มีสิทธิเท่านั้น
6. กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร สำนักงานฯ จะส่งธนาคารให้ผู้มีสิทธิ ภายใน 3 วันทำการนับถัดจากวันที่อนุมัติ คำสั่งจ่าย
7. กรณีรับเงินผ่านทางธนาคาร สำนักงานฯ จะแจ้งธนาคารให้ออนเงินเข้าบัญชีผู้มีสิทธิ ภายใน 5 วันทำการ นับจาก วันที่อนุมัติคำสั่งจ่าย

หมายเหตุ :

- 1.กรณีคำขอฯ หรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน และไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ใน ขณะนั้น ผู้รับคำขอฯ และผู้ยื่นคำขอฯ จะต้องลงนามในแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสารการขอรับเงินทดแทน กองทุนทดแทน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ ร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอฯ ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้รับคำขอฯ จะดำเนินการคืนคำขอฯ และ เอกสารประกอบการพิจารณา
- 2.ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอฯ ไม่ได้มายื่นด้วยตนเอง ณ สำนักงานประกันสังคม เช่น ทางไปรษณีย์ ผิดผู้ยื่นส่ง เมื่อ ตรวจสอบแล้ว พบว่า เอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชน สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้ผู้ยื่นคำ ขอฯ หรือผู้แทน ส่งเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง
- 3.พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอฯ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอฯ จะดำเนินการ แก้ไขคำขอฯ หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามแบบรับเรื่องและตรวจสอบเอกสาร/หลักฐาน ที่เจ้าหน้าที่แจ้งให้ ทราบนั้นเรียบร้อยแล้ว
4. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาดังแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ใน คู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

1. การตรวจสอบเอกสาร
นายจ้าง / ผู้มีสิทธิ ยื่นคำขอฯ เจ้าหน้าที่
ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้อง
ของแบบคำขอฯ และเอกสารประกอบ
การยื่นคำขอฯ พร้อมบันทึกคำขอฯ
ในระบบคอมพิวเตอร์
(ระยะเวลา 10 นาที/ราย)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา

- | | |
|---|---|
| <p>2. การพิจารณา
เจ้าหน้าที่พิจารณาวินิจฉัย
(ระยะเวลา 45 นาที/ราย)</p> | <p>สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา</p> |
| <p>3. การลงนาม
เจ้าหน้าที่อนุมัติแจ้งผลคำวินิจฉัยผู้มีสิทธิ
รับเงิน (กรณีรับเงินสด / เช็ค ณ สำนักงานฯ)
(ระยะเวลา 35 นาที/ราย)</p> | <p>สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1-12
สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสาขา</p> |

ระยะเวลา

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- | | |
|---|-----------------|
| 1. แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท. 16) | จำนวน 1 ชุด |
| 2. แบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษายาบาล (กท. 44) (กรณีนายจ้างส่งตัวเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน) (กรณีมีการรักษายาบาลก่อนเสียชีวิต) ต้นฉบับพร้อมสำเนา | จำนวน 2 ฉบับ |
| 3. ใบรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล | จำนวน 1 ชุด |
| 4. การประสบอันตรายที่ไม่ชัดเจน เช่น อุบัติเหตุรถยนต์เหตุ เกิดนอกสถานที่ เป็นต้น ต้องขอหลักฐานเพิ่ม เช่น หลักฐานการลงเวลาทำงาน บันทึกประจำวันตำรวจ แผนที่เกิดเหตุ เป็นต้น | จำนวน 1 ชุด |
| 5. หลักฐานแสดงการเสียชีวิต ใบขึ้นสูตศพ ใบมรณบัตรของลูกจ้าง บันทึกประจำวันตำรวจ (ถ้ามี) | จำนวน 1 ชุด |
| 6. สูติบัตรของบุตร ทะเบียนสมรสของลูกจ้างกับสามีหรือภรรยา ทะเบียนสมรสของบิดา – มารดา
สำเนาทะเบียนบ้านของลูกจ้าง บิดา – มารดา ภรรยาหรือสามี บุตร / ทะเบียนหย่าของลูกจ้าง
หรือบิดามารดาหรือคู่สมรส (ถ้ามี) / หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ – สกุล ของลูกจ้าง บิดามารดา
คู่สมรส บุตร (ถ้ามี) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 7. กรณีผู้มีสิทธิเสียชีวิต เช่น สามีหรือภรรยา บิดามารดา หรือบุตร ต้องมีหลักฐานสำเนาใบมรณบัตร
ของทุกคน | จำนวน 1 ฉบับ |
| 8. แบบคำร้องขอรับค่าทดแทนคราวเดียวหรือระยะเวลาอย่างอื่น
(กรณีขอรับเงินค่าทดแทนล่วงหน้า) | จำนวน 1 ชุด |
| 9. รูปถ่ายผู้มีสิทธิ | จำนวน 2 รูป/คน |
| 10. สมุดรับเงินทดแทน (กท. 40) | จำนวน 1 เล่ม/คน |
| 11. กรณีผู้มีสิทธิมารับเงินด้วยตนเองต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงไปแสดง
หรือกรณีมอบอำนาจต้องทำเป็นหนังสือและนำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของผู้มอบ และผู้รับมอบไปแสดง | |

หรือกรณีรับเงินทางธนาคารให้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์หน้าแรกที่มีชื่อ	
และเลขที่บัญชีของผู้มีสิทธิ โดยสามารถเลือกรับได้ที่ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)	
ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน)	จำนวน 1 ชุด
ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 90 นาที /ราย	

12. กรณีผู้มีสิทธิ มีการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลให้แนบสำเนาใบเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุลมาแสดงด้วย	จำนวน 1 ชุด
13. กรณีผู้มีสิทธิเป็นต่างชาติมารับเงินด้วยตนเองต้องนำหนังสือเดินทาง (Passport)	
หรือสำเนาหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือเอกสารรับรองบุคคลที่ทางราชการออกให้	
และการรับเงินให้ใช้เอกสารฉบับจริง	จำนวน 1 ชุด
14. เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ ที่เป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกฉบับ และแสดงเอกสารที่เป็นต้นฉบับ	
เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขอตรวจสอบ กรณีเอกสารหลักฐานสำคัญต่อการพิจารณาเป็นภาษาต่างประเทศ	
ให้จัดทำคำแปลเป็นภาษาไทยและรับรองความถูกต้องให้ครบถ้วน	จำนวน 1 ชุด
หมายเหตุ จำนวนเอกสารหลักฐานตามข้อ 3 - 7 ขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงการใช้สิทธิ	

ค่าธรรมเนียม

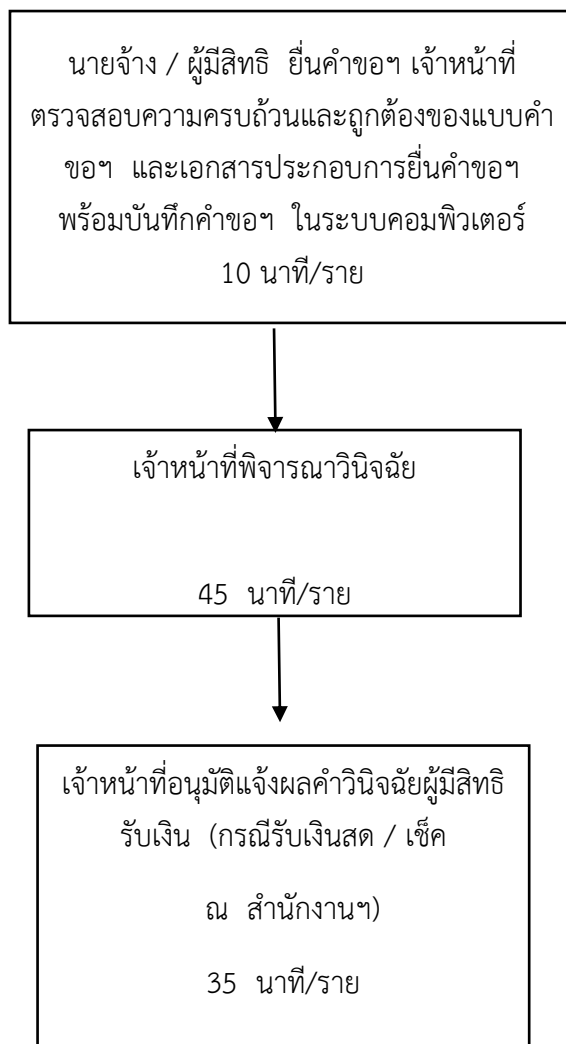
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

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 (ทดแทนกรณีตาย หรือสูญหาย)



ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 90 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
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

กท. 16



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

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่บัญชี
เลขรหัส
เลขที่ประสบอันตราย
วันที่รับ

- ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชี
สำนักงานเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
ประเภทกิจการ..... จำนวนลูกจ้าง..... คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน.....
- ชื่อลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (นาย,นาง,นางสาว)..... อายุ..... ปี
ภูมิลำเนาบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่บัตรประกันสังคม
- วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มเข้าทำงาน..... ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย.....
- เวลาทำงานปกติเริ่ม..... น. เลิก..... น. ทำงานสัปดาห์ละ..... วัน
- ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่นๆ.....) ละ..... บาท
- รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด).....
- การประสบอันตรายเกิดขึ้น..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
- วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย..... เวลา..... น. วัน เดือน ปี ที่นายจ้างทราบ.....
- วัน เดือนปี ที่ลูกจ้างเริ่มหยุดงาน..... วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน.....
- สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร).....
- ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุอวัยวะหรืออาการ เช่น แขนขาขาด).....
- ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์.....
- โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล.....
- ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา..... เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย.....

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

คำเตือน 1. ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ มิฉะนั้นจะมีความผิด
ต่อระหว่างโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

- 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 เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันทีตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น และให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามวรรคหนึ่งโดยไม่ชักช้าเมื่อฝ่ายลูกจ้างแจ้งให้นายจ้างทราบ

มาตรา 48 เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ต่อสำนักงานแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ตามแบบที่เลขาธิการกำหนดภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย

มาตรา 62 นายจ้างผู้ใดไม่จัดให้ลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรา 13 หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 17 มาตรา 44 หรือมาตรา 48 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

หมายเหตุ

1. แบบ กท.44 นี้ มีไว้เพื่อส่งตัวลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้างไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน
2. แบบ กท.44 เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับลูกจ้างและนายจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานและเข้ารับการรักษาพยาบาล 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.....

