



ประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน

ใบสมัครเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ

ช่างเขียนขอให้สถาบันบริการทางการแพทย์แนบมากับเวชระเบียนและเก็บไว้อย่างน้อย 7 ปี

(โปรดอ่านคำแนะนำด้านหลัง)

หมายเลขประกัน		ชื่อหน่วยประกัน		วันที่มีผลบังคับใช้ล่าสุด	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.
ชื่อผู้ถือประกัน		เลขประชาชน		วันเกิด	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.
ที่อยู่ผู้ถือประกัน	เบอร์			วันที่บาดเจ็บ	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.
หนังสือรับรองหน่วยงานประกัน	1. ประเภทของอันตรายจากการประกอบอาชีพ : <input type="checkbox"/> ปฏิบัติหน้าที่ <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุระหว่างทาง <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุสาธารณะ <input type="checkbox"/> โรคจากการทำงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____ <input type="checkbox"/> ช่วงเช้า <input type="checkbox"/> ที่อยู่ติดกับหน่วยงานผู้ถือประกัน 2. เวลาและสถานที่ : <input type="checkbox"/> ช่วงบ่าย เวลา _____ นาที _____ ตำแหน่ง : _____ ที่อยู่ : <input type="checkbox"/> อื่นๆ : _____ เกี่ยวอะไรกับงาน : _____ รายการข้างต้นได้รับการตรวจสอบแล้วว่าเป็นความจริงและขอรับรองในที่นี้ <div style="border: 1px dashed red; width: 150px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div> ผู้รับผิดชอบ : _____ ผู้ดำเนินการ : _____ วันที่ออก : วันที่ _____ เดือน _____ ปีค.ศ.						
	รหัสและชื่อองค์กรบริการทางการแพทย์			ชื่ออาการ			
หมายเลขเวชระเบียนของผู้ถือประกัน			วันที่เข้าพักรักษา	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.	

請沿此虛線撕下



ประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน

ใบสมัครเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ

หน้าต่อไปกรุณาส่งหน่วยงานบริการทางการแพทย์กลับไปส่วน

หมายเลขประกัน		ชื่อหน่วยประกัน		วันที่มีผลบังคับใช้ความคุ้มครองล่าสุด	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.
ชื่อผู้ถือประกัน		เลขประจำตัวประชาชน (ใบกมทหรือพาสปอร์ต)		วันเกิด	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.
ที่อยู่ผู้ถือประกัน	โทรศัพท์			วันที่บาดเจ็บ	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.
หนังสือรับรองหน่วยงานประกัน	1. ประเภทของอันตรายจากการประกอบอาชีพ : <input type="checkbox"/> ปฏิบัติหน้าที่ <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุระหว่างทาง <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุสาธารณะ <input type="checkbox"/> โรคจากการทำงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____ 2. เนื้อหาจริง : _____ <input type="checkbox"/> ช่วงเช้า <input type="checkbox"/> ที่อยู่ติดกับหน่วยงานผู้ถือประกัน 3. เวลาและสถานที่บาดเจ็บ : <input type="checkbox"/> ช่วงบ่าย เวลา _____ น. _____ นาที _____ ที่อยู่ : <input type="checkbox"/> อื่นๆ : _____ 4. สาเหตุของการบาดเจ็บและภายหลัง : _____ เกี่ยวอะไรกับงาน : _____ 5. หากอาการบาดเจ็บเกิดจากสารเคมี กรุณากรอกชื่อสารเคมี : _____ 6. หากเป็นการเดินทางสาธารณะ โปรดกรอกรายละเอียดว่างานใดเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุ : _____ (*หากผู้ถือประกันประสบอุบัติเหตุระหว่างทางไปและกลับจากการทำงานหรือการเดินทางเพื่อธุรกิจ และมีหนึ่งนิ้วในเงือนไขในมาตรา 17 ของ "แนวทางการตรวจสอบการบาดเจ็บจากการทำงานและโรคของการประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน" จะไม่ถือเป็นการบาดเจ็บจากการทำงานกรุณาอย่ากรอกแบบฟอร์มนี้เพื่อการใช้งาน)						
	รายการข้างต้นได้รับการตรวจสอบแล้วว่าเป็นความจริงและขอรับรองในที่นี้			ผู้จัดการ : _____			
กรอกข้อมูล ณ วันที่	เดือน	ปีค.ศ.					
บริการทางการแพทย์	รหัสและชื่อองค์กรบริการทางการแพทย์			ชื่อผู้บาดเจ็บ (การวินิจฉัยหลัก)			
	หมายเลขเวชระเบียนของผู้ถือประกัน			ชื่อผู้บาดเจ็บ (การวินิจฉัยย่อย)			
	วันพักรักษาในโรงพยาบาลวันแรก	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.	อาการหลัก		

ผู้ประกันตนตามรายการข้างต้นได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ของโรงพยาบาลนี้เป็นการส่วนตัวตามความจำเป็นสำหรับการรักษาผู้ป่วยใน และบัตรประจำตัวประชาชนหรือเอกสารอื่น ๆ ที่เพียงพอที่จะพิสูจน์ตัวตนของพวกเขาได้รับการตรวจสอบให้เหมือนกับที่กรอกในตารางด้านบน และขอรับรองว่า °

(องค์กรบริการทางการแพทย์)

แพทย์ผู้รับผิดชอบ : _____

แพทย์ประจำตัว : _____

กรอกข้อมูล ณ วันที่ _____ เดือน _____ ปีค.ศ. _____

※ ※ องค์กรบริการทางการแพทย์ควรส่งสำเนาต้นฉบับของสำเนาที่ส่งไปยังสำนักงานประกันแรงงานของกระทรวงแรงงานภายใน 10 วันหลังจากได้รับใบสมัครเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ที่อยู่ เลขที่ 4 ถนนหลิวซื่อฝู1 เขตจงเจิ้ง ไทย 100232) 111.04

คำแนะนำการใช้รายการหนังสือรักษาเกี่ยวกับการบาดเจ็บและโรคจากการทำงาน

๑. ในช่วงระยะเวลาที่ประกันมีผลบังคับ เมื่อผู้เอาประกันภัยได้รับบาดเจ็บจากการทำงานและต้องการการรักษาพยาบาล หน่วยผู้เอาประกันภัยควรตรวจสอบและกรอกแบบฟอร์มการบริการผู้ป่วยนอกและการบาดเจ็บจากการทำงานหรือแบบฟอร์มใบสมัครเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ต่อไปนี้จะเรียกว่าการบาดเจ็บและ โรคจากการทำงาน แบบฟอร์มทางการแพทย์) และส่งไปยังผู้เอาประกันภัยพร้อมกับบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติและบัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานแสดงตัวอื่น ๆ

จะต้องสมัครเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพิเศษหรือคลินิกของประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒. เมื่อหน่วยผู้เอาประกันภัยกรอกหนังสือแพทย์ด้านการบาดเจ็บและ โรคจากการทำงานแล้ว

พึงสังเกตว่าผู้เอาประกันภัยต้องเป็นไปตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้ :

(๑.) ผู้เอาประกันภัยมีอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงานในช่วงระยะเวลาที่ประกันมีผลบังคับ

ทำให้ต้องรักษาตัวผู้ป่วยนอกหรือรักษาตัวในโรงพยาบาล

(๒.) หากผู้เอาประกันภัยได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงานในระหว่างระยะเวลาที่ประกันมีผลบังคับ

และภายในหนึ่งปีหลังจากประกันหมดอายุ

การบาดเจ็บและ โรคจากการทำงานแบบเดียวกันและโรคที่เกิดจากการทำประกันจะต้องรักษาตัวผู้ป่วยนอกและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

(๓.) หากผู้เอาประกันภัยมีอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงานในระหว่างระยะเวลาที่ประกันมีผล

และหลังจากถอนประกันแล้ว

ผู้เอาประกันภัยจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากอาการบาดเจ็บและ โรคจากการทำงานที่เหมือนกัน

และโรคที่เกิดจากการบาดเจ็บจากการทำงานและ โรคในระยะเวลาที่เข้าร่วมประกันแรงงานตาม "ระเบียบว่าด้วยการต่อเนื่องในการเข้าร่วมประกันแรงงานระหว่างระยะเวลาการรักษาพยาบาลด้านแรงงานจากอุบัติเหตุจากการทำงาน" โดย.

๓. หน่วยผู้เอาประกันภัยสอบถามเกี่ยวกับเวลา สถานที่ สาเหตุและพฤติการณ์ของการเกิดอุบัติเหตุของผู้เอาประกันภัย และเชื่อว่ามีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับการปฏิบัติหน้าที่ หรือกำลังเดินทางไปเลิกงานหรือระหว่างทางไปทำงาน เป็นต้น ใน ตรงกับ "เกณฑ์การประกันอุบัติเหตุจากการทำงานและการบาดเจ็บจากการทำงาน" หรือหลักเกณฑ์เดียวกัน ตารางแนบประเภทโรคจากการทำงานของการประกันอุบัติเหตุจากการทำงานสำหรับแรงงานคือระเบียบว่าด้วยการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงาน โปรดกรอกข้อมูลในช่องการบาดเจ็บจากการทำงาน และเอกสารทางการแพทย์โดยละเอียดและประทับตราของหน่วยผู้เอาประกันภัย ผู้รับผิดชอบ และผู้จัดการ

ก่อนออกให้ผู้เอาประกันภัยเพื่อใช้งาน

สำหรับระเบียบที่เกี่ยวข้อง

โปรดไปที่เว็บไซต์ข้อมูลสากลของสำนักประกันแรงงานกระทรวงแรงงาน

๔. เมื่อหน่วยผู้เอาประกันภัยกรอกหนังสือแพทย์ด้านการบาดเจ็บและโรคจากการทำงานแล้ว

ควรจดทะเบียนและผู้เอาประกันภัยควรลงนาม

สหภาพแรงงานอาชีพและสมาคมชาวประมงต้องกรอก

"แบบสอบถามสำหรับการบาดเจ็บจากการทำงานและเอกสารทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคที่กรอกโดยสหภาพการค้ามืออาชีพและสมาคมประมง"

เอกสารการลงทะเบียนที่ลงนามและแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้โดยหน่วยประกันจนถึงสิ้นปีถัดไปเพื่อตรวจสอบ

๕. สหภาพแรงงานวิชาชีพ สหภาพแรงงานประมง สหภาพแรงงานทั่วไปของลูกเรือ หัวหน้ากิลด์ หรือผู้ประกันตน

อันเนื่องมาจากการค้างชำระค่าเบี้ยประกันและค่าธรรมเนียมการชำระล่าช้า จะถูกปฏิเสธชั่วคราวโดยผู้ประกันตนตามมาตรา

23

ของอาชีพแรงงาน

พ.ร.บ.ประกันและคุ้มครองอุบัติเหตุ

ก่อนชำระเงินเสร็จ

ห้ามมิให้หน่วยผู้เอาประกันภัยกรอกและออกแบบฟอร์มทางการแพทย์เกี่ยวกับการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงาน

อย่างไรก็ตาม หากผู้เอาประกันภัยได้ชำระเบี้ยประกันภัยให้นิติบุคคลผู้เอาประกันภัยไปแล้ว ก็ยังสามารถชำระได้

๖. หน่วยประกันเป็นหนี้เบี้ยประกันและค่าธรรมเนียมการชำระล่าช้า

และผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ต้องชำระ

หรือทำหน้าที่เป็นตัวแทนหรือผู้รับผิดชอบหน่วยประกันที่ค้างชำระอื่น ๆ

และผู้ประกันตนปฏิเสธที่จะจ่ายประกันเป็นการชั่วคราวตามมาตรา

23

ของ

พระราชบัญญัติการประกันภัยและคุ้มครองอุบัติเหตุจากการทำงาน

ตั้งแต่วันที่ปฏิเสธการชำระเงินชั่วคราว

ผู้เอาประกันภัยจะไม่ได้รับแบบฟอร์มทางการแพทย์เกี่ยวกับการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงาน

๗. หากผู้เอาประกันภัยใช้สมุดเล่มเล็กเพื่อการรักษาตัวในโรงพยาบาลและรักษาไม่ทัน

ควรส่งหนังสือไปยังโรงพยาบาลพิเศษหรือคลินิกของกรมประกันสุขภาพแห่งชาติ ก่อนออกจากโรงพยาบาล

และขอให้คืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บได้

๘. หน่วยผู้เอาประกันภัยควรกรอกแบบฟอร์มการรักษาพยาบาลสำหรับการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงานตามคำแนะนำในการใช้งาน

น มิฉะนั้นจะต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลตามมาตรา 41

แห่งพระราชบัญญัติการประกันและคุ้มครองอุบัติเหตุจากการทำงาน