

ใบสมัครยินยอมรับเงินช่วยเหลือครอบครัวสำหรับแรงงานเกิดอุบัติเหตุจากการทำ
นของผู้สมัครในลำดับเดียวกัน

ผู้ประสบอุบัติเหตุ _____ (เลขประจำตัวประชาชน : _____ วันเกิด :
วันที่ _____ เดือน _____ ปีค.ศ. _____) ผู้สมัครในลำดับเดียวกันหลังเสียชีวิต **ทั้งหมด** คน ตามบทบัญญัติของมาตรา 16
วรรค 2 ของระเบียบว่าด้วยเงินช่วยเหลือและการออกเงินช่วยเหลือจากอุบัติเหตุจากการทำงาน และมาตรา 63-3
ของระเบียบการประกันแรงงาน การรับรองร่วมกันจะได้รับการดำเนินการ และขอให้หน่วยงานของคุณออกเงินอุดหนุนใน
วิธีการดังต่อไปนี้ หากยังมีผู้สมัครที่ไม่มีการอ้างสิทธิ์ในลำดับเดียวกันที่อ้างสิทธิ์ในสิทธิ์ของตน
ผู้สมัครแต่ละรายตกลงที่จะรับผิดชอบในส่วนของการเรียกร้อง ซึ่งไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหน่วยงานของคุณ
ผู้สมัครแต่ละรายตกลงที่จะส่งจำนวนเงินทุนไปที่บัญชี _____ ของคุณ _____ จากนั้น
จะเป็นผู้รับผิดชอบในการแจกจ่ายให้กับผู้สมัครแต่ละราย และไม่มีข้อโต้แย้งใดๆ ทั้งสิ้น
(แนบสำเนาหน้าปกสมุดเงินฝากของสถาบันการเงินของตัวเองแทน)

----- กรุณาลงสำเนาสมุดหน้าปกของสถาบันการเงินที่เป็นตัวแทน -----

ข้างต้นได้รับการยืนยันจากผู้ยื่นคำร้องให้ถูกต้องแล้ว โดยมีลายเซ็นและตราประทับดังนี้ :

เลขประจำตัวผู้สมัคร	ลายมือชื่อ	ลายมือชื่อผู้ปกครอง	เบอร์โทรติดต่อ
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

※ ข้อควรระวัง ※

- ตราประทับที่ประทับตราต้องตรงกับใบสมัครเดิมหากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้เยาว์หรือคนไร้ความสามารถควรลงนามรับสนองและประทับตราโดยผู้ปก
ครอง

2. เมื่อจำนวนผู้สมัครเกินตารางนี้ โปรดดูไปสต่อรแบบลยตัวที่กล่าวถึงข้างต้น

วันที่

เดือน

ปีค.ศ.