

หมายเลข	วันที่กรอกแบบฟอร์ม: ปี เดือน วัน			กรุณาอ่านคำแนะนำด้านหลังก่อนกรอก													
ผู้ประกัน	ชื่อ	วันเกิด	วันเกิด	ปี	เดือน	วัน	บัตรประชาชน	เลขที่นำมาหรือเลขที่หนังสือเดินทาง									
	ที่อยู่	รหัสไปรษณีย์	จังหวัด	อำเภอ	หมู่	ตำบล	หมายเลขโทรศัพท์	() เบอร์โทรศัพท์มือถือ									
ประเภทคำร้อง	ประเภทรับผิดชอบของประกันสังคมส่วนหนึ่งหรือค่าอาหารในโรงพยาบาลจากกรบบาดเจ็บในการทำงาน			<input type="checkbox"/> คำรักษาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่จ่ายออกกับการใช้วัสดุพิเศษประเภท			<input type="checkbox"/> คำรักษาพยาบาลที่จ่ายออกกับการใช้วัสดุพิเศษประเภท:										
ผู้มีสิทธิในการขอประกัน	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุจากการทำงานเกิดขึ้นระหว่างช่วงประกันภัย			<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุจากการทำงานเกิดขึ้นขณะไม่มีประกัน (มาตรา 6 แห่งกฎหมายคุ้มครองภัยพิบัติ หน่วยงานประกันต้องประกันภัยอุบัติเหตุที่การทำงานให้กับคนงาน)													

อุบัติเหตุประกัน	ประเภทการบาดเจ็บ : <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุระหว่างเดินทาง <input type="checkbox"/> การบาดเจ็บในงาน <input type="checkbox"/> สาเหตุจากงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ	วันที่ได้รับบาดเจ็บ : ปี เดือน วัน	การขอประกันจากการทำงาน	กรณารับวันที่บาดเจ็บ	ขอประกันสาเหตุจากงาน	กรณารอกวันที่ตรวจรักษา
	1. เนื้อหาการทำงานที่แท้จริง : <input type="checkbox"/> เท่า <input type="checkbox"/> ไม่เท่า	2. เวลาและสถานที่บาดเจ็บ : ชั่วโมง นาที ที่อยู่สถานที่ใด : ที่อยู่โดยละเอียด:		3. สาเหตุของการบาดเจ็บและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น : มีการเกี่ยวข้องกับงานอย่างไร :		
4. หากอาการบาดเจ็บเกิดจากสารเคมี กรุณากรอกชื่อสารเคมี						
5. หากเป็นการบาดเจ็บหน้างาน โปรดกรอรายละเอียดว่างานใดเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุ						
* หากเกิดอุบัติเหตุระหว่างทางไปทำงานและหลังเลิกจากงานหรือการเดินทางเพื่อธุรกิจงาน						
โปรดกรอกคำชี้แจงการบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุระหว่างทางไปและกลับจากที่ทำงานหรือระหว่างการเดินทางเพื่อธุรกิจงาน พร้อมแนบสำเนาผู้ประกันภัย ใบขับขี่, หากเกิดอุบัติเหตุกับผู้ประกันขอกรณารับเงินจ้างและหนังสือรับรองการเป็นพยาน						

สถานพยาบาล	ชื่อโรงพยาบาล	การรักษา	กรณารอกวันที่ทำหมอนดึงแตรเริ่มคืนและสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาล (ถ้าไม่พอที่จะเขียนกรณารับเงินลงกระดาษอีกแผ่นหนึ่ง)
	<input type="checkbox"/> ลูกเงิน / ผู้ป่วยนอก	<input type="checkbox"/> การรักษาตัวในโรงพยาบาล	
	<input type="checkbox"/> ลูกเงิน / ผู้ป่วยนอก	<input type="checkbox"/> การรักษาตัวในโรงพยาบาล	

เอกสารที่ต้องใช้	<input type="checkbox"/> 1. แบบฟอร์มคำรักษาพยาบาลที่จ่ายออกกับการขอคืนเงินและใบเสร็จรับเงิน <input type="checkbox"/> 2. ดินฉับใบเสร็จรับเงินคำรักษาพยาบาลและรายละเอียดค่าใช้จ่าย หากใบเสร็จรับเงินที่เป็นสำเนากรณารับเงินที่ตรงกับทางด้านการแพทย์เพื่อระบุว่าเป็นดินฉับ <input type="checkbox"/> 3. ใบรับรองแพทย์หรือเอกสารประกอบ <input type="checkbox"/> 4. หนังสือยินยอมให้ประกันสุขภาพชำระเองกับส่วนต่างที่ใช้วัสดุพิเศษ (เฉพาะผู้ที่ขอใช้วัสดุพิเศษเท่านั้น) <input type="checkbox"/> 5. หากถูกได้รับบาดเจ็บจากการทำงานหรือเจ็บป่วยจากต่างประเทศ กรุณาแสดงสำเนาเอกสารรับรองการเข้าและออกใบรับรองที่ออกโดยหน่วยงานบริการใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมหากใบรับรองแพทย์เป็นภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษและภาษาญี่ปุ่น ควรแนบคำแปลภาษาจีนมาด้วย
------------------	--

สาเหตุที่ชำระเงินด้วยตนเอง (หรือเหตุที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบ) ชี้แจง :

วิธีการชำระเงิน (โปรดเลือกหนึ่งรายการ)	โปรดคิดหน้าสำเนาสมุดเงินฝากของผู้ยื่นคำร้อง	
	* สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากแบบมาและต้องระบุได้ชัดเจน ชื่อบัญชีต้องตรงกับชื่อ เพื่อไม่ให้เข้าบัญชีผิด <input type="checkbox"/> 1. โอนเข้าธนาคารบัญชีเงินฝากของผู้ยื่นคำขอ : ชื่อธนาคาร : _____ ธนาคาร _____ สาขา _____	
	* ควรกรอกรหัสและหมายเลขบัญชีของสมุดเงินฝากของธนาคารจากซ้ายไปขวาให้ครบถ้วน หากจำนวนหลักไม่เพียงพอ ก็ไม่ต้องใส่เลขศูนย์ <input type="checkbox"/> 2. โอนเงินเข้าบัญชีสมุดเงินฝากของผู้ยื่นคำขอ ของธนาคารไปรษณีย์ _____ หมายเลขบัญชี : _____	
	<input type="checkbox"/> 3. โอนเข้าบัญชีผู้ยื่นคำขอ : <input type="checkbox"/> สำนักงานประกันแรงงาน จะส่ง "จดหมายเปิดบัญชีพิเศษ" จากนั้นผู้สมัครจะไปที่สถาบันการเงินที่กำหนดเพื่อเปิดบัญชีพิเศษ <input type="checkbox"/> _____ แนบสำเนานำไปสมุดบัญชีเงินฝากพิเศษสำหรับประกันแรงงาน/ประกันการจ้างงาน/ประกันชาติ/ประกันการดูแล/เกษียณอายุแรงงาน/เกษียณอายุงานเกษียณที่ผู้สมัครแลนต์แบงก์หรือธนาคารไปรษณีย์ * เงินบัญชีของผู้ยื่นคำร้องมีความเสี่ยงที่จะถูกยึดเนื่องจากปัญหาหนี้ สามารถเปิดบัญชีพิเศษได้ ใช้เฉพาะในการฝากเงินประกันและจะไม่สามารถถูกยึดหรือมีการบังคับใด	

กรณารอกข้อมูลครบถ้วนตามความเป็นจริง ทั้งนี้ เพื่อเป็นการตรวจสอบความต้องการชำระเงินของสำนักงานกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในกรณีที่ประกันได้จ่ายคืน ตามมาตรา 34 แห่งพระราชบัญญัติการประกันภัยจากแรงงานสามารถหักจากผลประโยชน์การประกันภัยของบุคคลหรือผู้รับผลประโยชน์ได้

ผู้ประกัน (หรือผู้รับผลประโยชน์) ลายเซ็นหรือตราประทับของผู้ประกันภัย : _____ (ลายเซ็นเป็นตัวบรรจง)

หมายเหตุ: หากผู้ประกันภัยเป็น "ผู้เยาว์" หรือ "ผู้ปกครองให้สิทธิ์" มีตัวแทนทางกฎหมายลงนามรับสนองและแนบสำเนาทะเบียนบ้าน

หนังสือรับรองหน่วยประกัน	รายการข้างต้นได้รับการตรวจสอบแล้วว่าเป็นความจริงและขอรับรองในที่นี้ * ผู้ที่ต่อที่ประกันแต่ยังไม่ได้ทำประกันในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ไม่ต้องกรอกหมายเลขบัตรประกันและประเภท หมายเลขบัตรประกัน : _____ ชื่อบริษัท : _____ ผู้รับผิดชอบ : _____ โทรศัพท์ : () _____ ผู้ดำเนินงาน : _____ ที่อยู่ : _____	ตราประทับหน่วยงาน
--------------------------	--	-------------------

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับก่อนการกรอกแบบฟอร์ม

ผู้ที่เคยใช้แบบฟอร์มผู้ป่วยนอกและบาดเจ็บจากการทำงานหรือแบบฟอร์มเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อขอรับการรักษายาบาลและ

ส่วนหนึ่งของการรักษายาบาลและค่าอาหารภายใน 30 วันนับจากวันที่ได้รับบาดเจ็บและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการตรวจหรือพบ วันโดยสถาบันทางการแพทย์โดยตรง

ที่ขอรับการรักษายาบาลและไม่สามารถขอคืนเงินค่ารักษายาบาลที่จ่ายเองสำหรับการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงานเองได้

一、ผู้มีสิทธิในการขอประกัน

- ผู้มีประกันภัย ได้รับบาดเจ็บจากการทำงานหรืออุบัติเหตุหลังจากเริ่มมีการประกันภัย และเป็นไปตามข้อกำหนดของการประกันภัย ซึ่งมีกรตรวจสอบการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงานสำหรับการประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน" และกำหนดให้ผู้ป่วยนอกหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- ผู้มีประกันภัยที่มีการบาดเจ็บจากการทำงานและในช่วงระยะเวลาที่ประกันมีผลบังคับ 1 ปี นับแต่วันสิ้นสุดอายุประกัน และมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล °
- หลังจากที่ผู้มีประกันภัยได้รับบาดเจ็บจากการทำงานหรือโรคร้ายไข้เจ็บในช่วงระยะเวลาที่มีประกันผลบังคับ และหลังจากถอนการประกันภัยแล้ว มาตราการเกี่ยวกับการเข้าร่วมประกันแรงงาน และในช่วงระยะเวลาที่กำหนดของการเข้าร่วมประกันแรงงาน การบาดเจ็บและโรคร้ายจากการทำงานแบบเดียวกันและโรคที่เกิดจากการทำนั้นจำเป็นต้องรักษาผู้ป่วยนอกหรือรักษาในโรงพยาบาล °

二、มาตรฐานการชำระเงิน

- หากผู้มีประกันภัยได้รับบาดเจ็บจากการทำงานหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน กรขอรับการรักษายาบาล ณ โรงพยาบาลพิเศษหรือคลินิกของกรมประกันสุขภาพแห่งชาติ การรักษายาบาลประกันสุขภาพในครั้งแรก สามารถยื่นแบบฟอร์มภายในระยะเวลาที่กำหนดเพื่อยื่นคำร้องต่อสำนักประกันแรงงานเพื่อขอเบิกค่ารักษายาบาลตามที่กำหนดไว้ในประกันสุขภาพ การรักษายาบาลและ โรคจากการทำงานรวมทั้งค่าอาหารและการพักรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังจากรักษาตัวในโรงพยาบาล การประกันสุขภาพสังคมจะจ่ายส่วนต่างสำหรับการใช้ชีวิตพิเศษและการรักษายาบาลของผู้มีประกันภัยให้สำนักประกันแรงงานจะเป็นผู้จ่าย
- ค่ารักษายาบาลที่จ่ายโดยสำนักงานประกันแรงงาน "รายการสวัสดิการทางการแพทย์และมาตรฐานการชำระเงินอุบัติเหตุแรงงาน" ยกเว้นบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องของการประกันสุขภาพแห่งชาติ รายการที่ไม่อยู่ในประกันสุขภาพ (เช่น ค่าการเดินทาง ค่าการลงทะเบียน ค่ารับรองเอกสาร ค่ายา และค่าใช้จ่ายบางส่วนที่ต้องออกเองกับการพักรักษาในโรงพยาบาล ฯลฯ) จะไม่อยู่ในประกันแรงงาน

三、ข้อควรระวัง

- ผู้มีประกันภัยไปรักษาโรงพยาบาลพิเศษหรือคลินิกของกรมประกันสุขภาพแห่งชาติเนื่องจากได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน หรือจากเหตุที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของผู้มีประกันภัย หากยื่นคำร้องกับคลินิกผู้ป่วยนอกและบาดเจ็บจากการทำงาน หรือยื่นคำร้องรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 10 วัน(ไม่รวมวันหยุด) นับจากวันที่เข้ารับรักษาพยาบาล เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนออกจากโรงพยาบาล โปรดยื่นแบบฟอร์มการบริการผู้ป่วยนอกหรือรักษาตัวในโรงพยาบาลสำหรับผู้เข้ารับการรักษาในสถานภาพการประกันสุขภาพ สามารถเข้ารับการรักษาได้ภายใน 6 เดือน นับแต่วันรักษาผู้ป่วยนอกหรือวันที่ออกจากโรงพยาบาล หากมีเหตุผลจำเป็นฉุกเฉินสามารถยื่นเรื่องได้ภายใน 5 ปี หรือกรอกใบสมัครยื่นคำร้องต่อสำนักประกันแรงงานเพื่อขอเบิกค่ารักษายาบาล
- แบบฟอร์มการยื่นเรื่องหรือเอกสารรับรอง ควรตรวจสอบอย่างแท้จริงกับเวลา สถานที่ กระบวนการ เหตุในการปฏิบัติหน้าที่ค่านางงานของอุบัติเหตุผู้ประกันภัยหากผลประโยชน์จากการประกันภัยได้มีการถือ โกงหรือการกระทำที่ไม่เหมาะสมอื่น ๆ หรือหากเป็นใบรับรองหรือข้อความอันเป็นเท็จ นอกจากจะถูปรับเป็นสองเท่าของเงินประกันที่ได้รับแล้ว สามารถเรียกค่าเสียหายตามกฎหมาย และผู้ที่มีความเกี่ยวข้องจะต้องได้รับโทษทางอาญาและสั่งให้กักขังหน่วยงานตุลาการ
- กรณีขอเบิกค่ารักษายาบาลที่ชำระด้วยตนเองเพื่อการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตแผ่นดินใหญ่เกิน 5 วัน (รวม 5 วัน) ให้นำใบเสร็จค่ารักษายาบาลตัวจริงและใบรับรองการวินิจฉัยที่ต้องใช้ตรวจสอบเพื่อไปรับรองที่สำนักงานรับรองเอกสารในพื้นที่แผ่นดินใหญ่ ใบรับรองที่ได้รับกรรับรองคืนฉบับสามารถนำไปรับรองที่มูลนิธิแลกเปลี่ยนช่องแคบในประเทศจีน เพื่อการตรวจสอบและยื่นขอรับรองเอกสาร จึงสามารถนำไปดำเนินการเบิกค่าใช้จ่ายได้
- การขอคืนเงินค่ารักษายาบาลที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุจากการทำงานหรือค่ารักษายาบาลที่เกิดขึ้นในต่างประเทศอื่นเนื่องจากอุบัติเหตุจากการทำงานหรือการรักษายาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาลหรือคลินิกใน ค่ารักษายาบาลสำหรับการรักษายาบาลได้รับการอนุมัติจากสำนักงานประกันแรงงานว่าเป็นกรณีการบาดเจ็บและโรคจากการทำงานและจะโอนย้ายไปยังกลุ่มธุรกิจแผนกของสำนักงานประกันสุขภาพกลางของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการเพื่อชำระเงิน หากผู้ยื่นเรื่องมีข้อสงสัยเกี่ยวกับจำนวนเงินที่จะได้รับคืน โปรดติดต่อ กองการประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกหน่วยงาน สอบถามข้อมูลติดต่อได้ที่เว็บไซต์ของหน่วยงาน
- หากผู้มีประกันภัยซึ่งได้รับบาดเจ็บจากการทำงานและโรคที่เกิดจากการบาดเจ็บเนื่องจากการทำงาน แพทย์ของโรงพยาบาลหรือคลินิกที่กำหนดโดยประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดค่าผู้ที่มีประกันภัยโดยแพทย์ได้วินิจฉัยว่ามีความต้องการรักษาทางการแพทย์ หากถูกเลือกวัสดุพิเศษที่ต้องจ่ายเพิ่มเติม ตามมาตราที่ 45วรรคที่ 1 ของกฎหมายการประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถขอเงินคืนได้ที่สำนักงานประกันแรงงานหลังจากชำระส่วนต่างที่หักส่วนแรกแล้ว หากวัสดุพิเศษที่ใช้นั้นตามข้างต้นโดยมีส่วนต่างของการชำระเงินด้วยตนเองนั้น ทางกระทรวงสาธารณสุขได้กรประกาศ (โปรดดูรายละเอียดที่สำนักงานประกันสุขภาพกลางของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ: <https://www.nhi.gov.tw> การบริการด้านสุขภาพและวัสดุพิเศษที่มีประกันสุขภาพ \ วัสดุพิเศษที่มีประกันสุขภาพ \ วัสดุพิเศษที่สามารถตรวจสอบกับประกันสุขภาพ \ จำกัดประกันสุขภาพที่เป็นเงินส่วนต่าง

พ.ร.บ.ประกันและคุ้มครองผู้บริโภคและการฝากเงิน และจะไม่สามารถมีการหักกลบบทนี้ การยึด หลักประกัน หรือการบังคับใช้

7. การดำเนินการของสำนักงานบริหารการประกันสุขภาพกลางของกระทรวงสาธารณสุข หากมีการขาดเงินหรือเงินไป

โปรดเตรียมข้อมูลให้ครบถ้วนส่งตรงไปยังสำนักงานประกันสุขภาพกลางหรือหน่วยงานของกองประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ