

หมายเลขบริการ :				วันที่เสร็จสิ้น : ปี เดือน วัน				(โปรดอ่านคำแนะนำด้านหลังอย่างละเอียดก่อนกรอกแบบฟอร์ม)				
ข้อมูลประกันภัย	ชื่อ	สกุล	วันเกิด	ปี	เดือน	วัน	เลขประจำตัวประชาชน (ARC หรือหนังสือเดินทาง)					
	ที่อยู่สำหรับติดต่อ		รหัสไปรษณีย์ :		โทรศัพท์ : ()		มือถือ :					
			มณฑล	หมู่บ้าน	ถนน	ตอน	ซอย	ครอก	เลขที่	ชั้น	ห้อง	
อีเมล :												
โปรดยืนยันสิทธิ์ของ คุณ ☐ การบาดเจ็บจากการทำงานระหว่างช่วงเวลาประกันภัย ☐ ควรซื้อประกันภัยไว้ แต่ไม่ได้ซื้อไว้ตอนที่เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน (ลูกจ้างที่นายจ้างไม่ได้จัดให้มีการประกันภัยและการคุ้มครองการบาดเจ็บจากการทำงาน (ต่อไปนี้เรียกว่าพระราชบัญญัติประกันภัยการบาดเจ็บจากการทำงาน) คนที่ระบุไว้ในมาตรา 6)												
ข้อมูลประกันภัย	ประเภทของการบาดเจ็บ : ☐ อุบัติเหตุระหว่างการเดินทางไปทำงาน ☐ ปฏิบัติหน้าที่ ☐ อุบัติเหตุทางธุรกิจ ☐ โรคจากการทำงาน ☐ อื่นๆ				วันที่ได้รับบาดเจ็บ : ปี เดือน วัน							
					อุบัติเหตุจากการทำงาน ให้กรอกวันที่บาดเจ็บ / โรคจากการทำงาน ให้กรอกวันที่วินิจฉัยโรค ☐ ที่อยู่เดียวกับที่อยู่สำหรับส่งจดหมายของหน่วยที่ได้รับการประกันภัย ☐ อื่นๆ : เมือง/มณฑล เมือง/เขต/ตำบล							
	1. เนื้อหาจริง : _____											
	2. เวลาและสถานที่เกิดอุบัติเหตุ : ☐ ก่อนเที่ยง ☐ หลังเที่ยง น. นาที ที่ไหน : _____ ที่อยู่โดยละเอียด : _____											
	3. สาเหตุและลักษณะของการบาดเจ็บ : _____ ความสัมพันธ์ระหว่างงานกับตัวบุคคลคืออะไร? : _____											
4. หากการบาดเจ็บเกิดจากสารเคมี โปรดระบุชื่อสารเคมีนั้น : _____												
5. หากเป็นการเดินทางเพื่อธุรกิจ โปรดระบุสถานที่ งานที่ปฏิบัติ และสาเหตุของอุบัติเหตุ : _____												
✖ เพื่อขอรับเงินคืนค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาล ขอแนะนำให้ผู้ประกันการประเมินและวินิจฉัยโรคจากการทำงานก่อนที่แผนกเวชศาสตร์อาชีวอนามัยของโรงพยาบาลเฉพาะทางหรือโรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อการวินิจฉัยและรักษาการบาดเจ็บและโรคจากการทำงาน โปรดอ่านข้อ 3 ในส่วนที่ 2 ด้านหลังของแบบฟอร์มนี้อย่างละเอียด ✖ สำหรับผู้ที่พนักงานของสภาพแรงงานวิชาชีพหรือสมาคมชาวประมงและประมงอุบัติเหตุ โปรดแนบคำให้การของพยานและหลักฐานการจ้างงาน (หากผู้เอาประกันภัยประกอบอาชีพอิสระ โปรดแนบหลักฐานการจ้างงานที่เกี่ยวข้อง หากเป็นลูกจ้าง โปรดแนบใบรับรองที่ออกโดยนายจ้าง และโปรดอ่านข้อ 4 ในส่วนที่ 2 ด้านหลังของแบบฟอร์มนี้) ✖ หากเกิดอุบัติเหตุระหว่างการเดินทางไปหรือกลับจากที่ทำงาน หรือระหว่างเดินทางไปทำธุรกิจ โปรดกรอกแบบฟอร์มแจ้งการบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุระหว่างการเดินทางไปหรือกลับจากที่ทำงาน หรือระหว่างเดินทางไปทำธุรกิจ และแนบสำเนาใบขึ้นชื่อว่าด้วย												
ข้อมูลการแพทย์	เกี่ยวกับชื่อของโรงพยาบาล			การวินิจฉัย		กรณารอกวันที่นัดหมายปรึกษาหรือวันที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมโปรดเขียนลงในกระดาษแยกต่างหาก)						
				☐ คำนวณ คลินิกผู้ป่วยนอก ☐ การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล								
				☐ คำนวณ คลินิกผู้ป่วยนอก ☐ การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล								
เอกสารที่ต้องใช้	☐ 1. แบบฟอร์มขอเบิกค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่จ่ายเอง และใบเสร็จรับเงิน ☐ 2. ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลฉบับจริงและรายละเอียดค่าใช้จ่าย หากเป็นสำเนา โปรดขอให้สถานพยาบาลประทับตราและระบุว่าจะตรงกับฉบับจริง ☐ 3. เอกสารการวินิจฉัยหรือใบรับรอง ☐ 4. แบบฟอร์มยินยอมสำหรับการรักษาพยาบาลพิเศษที่มีค่าใช้จ่ายส่วนเกินซึ่งครอบคลุมโดยประกันสุขภาพแห่งชาติ (ควรทำเครื่องหมายในส่วนนี้และแนบแบบฟอร์มยินยอมเมื่อยื่นขอคืนเงินค่าใช้จ่ายส่วนเกินสำหรับการรักษาพยาบาลพิเศษ) เพื่อตรวจสอบว่าวัสดุพิเศษใดบ้างที่มีสิทธิ์ได้รับเงินคืน โปรดสแกนคิวอาร์โค้ดทางด้านขวาและอ่านข้อ 7 ในส่วนที่สองด้านหลังของแบบฟอร์มนี้ ☐ 5. หากคุณได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงานนอกประเทศจีน คุณควรจัดเตรียมสำเนาใบรับรองการเข้าและออกปัจจุบัน และใบรับรองที่ออกโดยหน่วยงานบริการ หากต้นฉบับใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมและใบรับรองแพทย์เป็นภาษาต่างประเทศที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษหรือภาษาญี่ปุ่น ควรแนบคำแปลเป็นภาษาจีนมาด้วย											
	 สอดคล้องกับการคืนเงินค่าวัสดุ											
คำอธิบายเหตุผลสำหรับค่าใช้จ่ายที่จ่ายเอง (หรือเหตุผลที่ไม่ได้เกิดจากบริษัท):												
วิธีการชำระเงิน	 กรุณาแนบสำเนาน้ำปัสสาวะของผู้สมัครที่											
	✖ สำเนาหน้าปัสสาวะของผู้สมัครที่แนบมาจะต้องสามารถระบุได้อย่างชัดเจน และชื่อผู้สมัครต้องตรงกับชื่อของผู้สมัครเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาในการบันทึกข้อมูล											
	☐ 1. โอนเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของผู้สมัครที่สถาบันการเงิน : ชื่อสถาบันการเงิน : _____ ธนาคาร _____ สาขา _____											
	เลขทั่วไป เลขบัญชี หมายเลขบัญชีเงินฝากของสถาบันการเงิน (ระบุโดยธนาคาร หมายเลขบัญชี และหมายเลขตรวจสอบ)											
	✖ กรุณากรอกรหัสหลักและหมายเลขบัญชีเงินฝากของสถาบันการเงินจากซ้ายไปขวา หากจำนวนหลักไม่เพียงพอ ไม่ต้องเติมเลขศูนย์											
(โปรดติดอาณัติเงิน)	☐ 2. โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ไปรษณีย์ของผู้สมัคร (หมายเลขไปรษณีย์) : — เลขบัญชี :											
	☐ 3. โอนเงินเข้าบัญชีพิเศษของผู้สมัคร : ☐ ขอให้สำนักงานประกันแรงงานส่งหนังสือเปิดบัญชี แล้วไปเปิดบัญชีกับธนาคารที่กำหนด											
	☐ โปรดแนบสำเนาน้ำปัสสาวะของผู้สมัครที่ผู้สมัครเปิดไว้ที่ธนาคารที่ดินหรือที่ทำการไปรษณีย์ สำหรับประกันแรงงาน/ประกันอาชีพ/ประกันสังคม/ประกันการว่างงาน/เงินบำนาญแรงงาน/เงินบำนาญเกษียณ											
	✖ หากบัญชีของผู้สมัครมีความเสี่ยงที่จะถูกยึดเนื่องจากปัญหานี้สิน พวกเราสามารถยื่นขอเปิดบัญชีพิเศษได้ ซึ่งบัญชีนี้ใช้สำหรับฝากเงินประกันเท่านั้น และเงินฝากจะไม่ถูกยึดหรือบังคับขาย											

ข้อมูลในช่องด้านบนทั้งหมดได้กรอกอย่างถูกต้องครบถ้วนแล้ว เพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบการชำระเงิน ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานของท่านเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยตรงจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ หรือหน่วยงานและองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หากมีการจ่ายเงินประกันเกินจำนวน ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานของท่านหักและคืนเงินส่วนเกินดังกล่าวจากเงินประกัน เงินช่วยเหลือ และเงินอุดหนุนที่บุคคลหรือผู้รับผลประโยชน์ได้รับ

ลายเซ็นหรือตราประทับของผู้เอาประกัน (หรือผู้รับผลประโยชน์) : _____ (ลงนามโดยตัวผม)

เองด้วยลายมือปกติ) (หมายเหตุ: หากผู้เอาประกันเป็น "ผู้เยาว์" หรือ "อยู่ในความดูแล" โปรดขอให้ตัวแทนทางกฎหมายลงนามรับสำเนาและแนบ

ใบรับรอง หน่วย ที่ได้รับ การ ประกัน ภัย	รายการข้างต้นได้รับการตรวจสอบแล้วว่าเป็นความจริงและได้รับการรับรองแล้ว ※สำหรับผู้ที่ควรมีประกันภัยแต่ไม่มีประกันภัยในขณะที่เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ไม่จำเป็นต้องกรอกหรือ ประทับตราหมายเลขใบรับรองประกันภัยและส่วนนี้ของใบรับรอง
	หมายเลขใบรับรองประกันภัย : _____ ชื่อบริษัท : _____
	ผู้รับผิดชอบ : _____
	โทรศัพท์ : (____) _____ ผู้ดำเนินการ : _____
	ที่อยู่ : _____

※ โปรดตรวจสอบและกรอกข้อมูลในทุกช่องให้ครบถ้วน การปลอมแปลงเอกสาร การฉ้อโกง หรือการกระทำผิดกฎหมายอื่นใดจะถูกส่งต่อไปหน่วยงานตุลาการดำเนินการต่อไป หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับขั้นตอนการสมัคร โปรดติดต่อสำนักงานนี้ทางโทรศัพท์ (02-23961266 ต่อ 2272) 115.08

※ ที่อยู่สำหรับส่งจดหมายหรือพัสดุ: สำนักงานประกันแรงงาน กระทรวงแรงงาน เลขที่ 4 ซอย 1 ถนนสุขุมวิท เขตจตุจักร นครไทย 100232 ได้ในวัน

คำแนะนำก่อนกรอกแบบฟอร์ม

หากใช้ใบส่งตรวจรักษาอุบัติเหตุ/โรคจากการทำงาน หรือใบขอเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ค่าใช้จ่ายบางส่วนและค่าอาหารภายใน 30 วันแรกของการนอนโรงพยาบาล ได้รับการยกเว้นโดยโรงพยาบาลแล้ว ไม่สามารถขอคืนค่าใช้จ่ายส่วนนี้ซ้ำได้

1. คุณสมบัติและหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน

- เกิดอุบัติเหตุหรือโรคจากการทำงานหลังประกันเริ่มมีผลและก่อนสิ้นสุดความคุ้มครอง และเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน
- หากเกิดอุบัติเหตุหรือโรคจากการทำงานในช่วงที่ประกันยังมีผล และหลังประกันสิ้นสุดแล้ว ภายใน 1 ปี ยังต้องเข้ารับการรักษา สามารถใช้สิทธิได้
- หลังเกิดอุบัติเหตุหรือโรคจากการทำงาน หากลาออก/สิ้นสุดประกันแล้ว และเข้าร่วมประกันแรงงานต่อเนื่องตามกฎหมาย ในช่วงดังกล่าวหากต้องรักษาโรคเดิมหรือโรคที่เกิดจากโรคเดิม สามารถใช้สิทธิได้
- เมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือโรคจากการทำงาน ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกที่เข้าร่วมประกันสุขภาพแห่งชาติ หากตอนแรกใช้สิทธิประกันสุขภาพ สามารถยื่นเอกสารขอคืน ค่ารักษาส่วนที่ต้องจ่ายเอง ค่าอาหารในช่วงนอนโรงพยาบาล 30 วันแรก และค่าวัสดุพิเศษที่ต้องจ่ายส่วนตัวเอง ตามระยะเวลาที่กำหนดได้ โดยสำนักงานประกันแรงงานเป็นผู้จ่ายค่ารักษา
- ค่ารักษาที่สำนักงานประกันแรงงานจ่าย จะยึดตามหลักเกณฑ์ของประกันสุขภาพแห่งชาติ และรายการที่กำหนดไว้สำหรับประกันอุบัติเหตุจากการทำงานเท่านั้น ค่าใช้จ่ายที่ประกันสุขภาพไม่ครอบคลุม เช่น ค่าเดินทาง ค่าลงทะเบียน ใบรับรอง ยาสามัญ ค่าห้องส่วนต่าง ฯลฯ ประกันอุบัติเหตุจากการทำงานก็ไม่ครอบคลุมเช่นกัน

2. ข้อควรระวัง

1. หากเกิดอุบัติเหตุ/โรคจากการทำงาน และตอนรักษาใช้สิทธิประกันสุขภาพก่อน เพราะไม่สามารถส่งเอกสาร ภายใน **10 วัน (ไม่รวมวันหยุด)** หรือก่อนออกจากโรงพยาบาลได้ สามารถยื่นขอคืนค่ารักษากับประกันแรงงานได้ ภายใน **6 เดือน** นับจากวันที่รักษา/ออกจากโรงพยาบาล หากมีเหตุพิเศษ ขยายได้ถึง **5 ปี**
2. ต้องกรอกข้อมูลอุบัติเหตุจริง เช่น เวลา สถานที่ เหตุการณ์ และความเกี่ยวข้องกับงาน หากใช้ข้อมูลเท็จหรือฉ้อโกงเพื่อรับเงินประกัน อาจถูกปรับ **2 เท่าของเงินที่ได้รับ** และต้องชดเชยค่าเสียหาย หากเข้าข่ายคดีอาญา จะส่งดำเนินคดี
3. หากขอสิทธิรักษา **โรคจากการทำงาน** แนะนำให้ไปตรวจที่แผนกเวชศาสตร์อาชีวเวชของโรงพยาบาลเฉพาะทางก่อน พร้อมใบวินิจฉัยโรคจากการทำงานและเอกสารขอคืนค่ารักษาเพื่อช่วยให้ตรวจสอบเร็วขึ้น หากไม่มีใบวินิจฉัย สามารถดาวน์โหลด "รายงานโรคจากการทำงานสำหรับประกันอุบัติเหตุจากการทำงาน" จากเว็บไซต์สำนักงานประกันแรงงานแล้วยื่นพร้อมกัน
4. ผู้ประกันตนที่ประกันผ่าน **สภาพอาชีพหรือสมาคมประมง** หากวันเกิดเหตุเป็นผู้ประกอบอาชีพอิสระ ต้องแนบหลักฐานการประกอบอาชีพ เช่น ใบจดทะเบียนธุรกิจ นามบัตร ใบซื้อขายสินค้า หรือสัญญารับงาน หากเป็นลูกจ้าง ต้องแนบหนังสือรับรองจากนายจ้าง โดยระบุช่วงเวลาจ้าง งาน เวลา สถานที่ และค่าจ้างในวันเกิดเหตุ
5. หากขอคืนค่ารักษาที่จ่ายจากการนอนโรงพยาบาลใน **เงินแผ่นดินใหญ่ตั้งแต่ 5 วันขึ้นไป** ใบเสร็จตัวจริงและใบวินิจฉัยต้องผ่านการรับรองเอกสารที่สำนักงานรับรองเอกสารในจีนก่อน แล้วนำเอกสารไปรับรองเข้ากับ **มูลนิธิสตรีทส์เอ็กซ์เชนจ์** ในไต้หวัน จึงจะยื่นขอได้
6. หากเป็นค่ารักษาที่จ่ายของจาก **อุบัติเหตุจากการทำงานในโรงพยาบาล, การรักษาในต่างประเทศ หรือการรักษาฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมประกันสุขภาพ** และสำนักงานแรงงานอนุมัติว่าเป็นกรณีการบาดเจ็บจากการทำงาน การจ่ายเงินจะดำเนินการโดยหน่วยงานของกรมประกันสุขภาพ หากสงสัยจำนวนเงินที่ได้รับ ให้ติดต่อกรมประกันสุขภาพแต่ละเขต
7. หากผู้ประกันตนได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน และแพทย์ในโรงพยาบาลหรือคลินิกที่ทำสัญญากับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติวินิจฉัยว่ามีความจำเป็นทางการแพทย์และเลือกรายการอุปกรณ์ทางการแพทย์พิเศษที่มีค่าใช้จ่ายร่วมจ่ายส่วนต่างตามที่ระบุไว้ในมาตรา 45 วรรค 1 ของพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 เป็นต้นไป พวกเขาสามารถยื่นขอรับเงินคืนส่วนต่างจากสำนักงานประกันแรงงานได้ หลังจากชำระค่าใช้จ่ายร่วมจ่าย  แล้วในเบื้องต้นรายการอุปกรณ์ทางการแพทย์พิเศษที่มีค่าใช้จ่ายร่วมจ่ายส่วนต่างดังกล่าวมีเฉพาะรายการที่กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการประกาศเท่านั้น (สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับวัสดุพิเศษที่สามารถขอคืนเงินได้ โปรดสแกนคิวอาร์โค้ดทางด้านขวา นอกจากนี้ คุณยังสามารถค้นหาลิงก์ไปยัง  ตรวจสอบวัสดุพิเศษที่สามารถขอคืนเงินได้) (สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับวัสดุพิเศษที่สามารถขอคืนเงินได้ โปรดสแกนคิวอาร์โค้ดทางด้านขวา นอกจากนี้ คุณยังสามารถค้นหาลิงก์ไปยังประกันภัยอุบัติเหตุจากการทำงานได้อีกด้วย) (ตรวจสอบรายการตรวจสอบที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วสำหรับเอกสารพิเศษเพื่อยืนยันการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่จ่ายเองนอกเหนือจากเบี้ยประกัน)
8. หากมีปัญหาหนี้สินและบัญชีธนาคารทั่วไปอาจถูกอายัด สามารถขอให้ 勞保局 ออกหนังสือเพื่อเปิด **บัญชีเฉพาะ** ได้ เงินประกันที่ฝากเข้าบัญชีนี้จะไม่สามารถนำไปหักอายัด ค่าประกัน หรือบังคับคดีได้
9. หากเป็น **การเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุทั่วไป** ไม่ใช่การบาดเจ็บจากการทำงาน ให้ดำเนินการกับ **กรมประกันสุขภาพ** โดยตรง หลังเตรียมเอกสารครบแล้วส่งให้สำนักงานกรมประกันสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบ