



แบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้อง  
ขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่บัญชี .....
เลขรหัส .....
เลขที่ประสบอันตราย .....
วันที่รับ .....

- ชื่อสถานประกอบการ ..... มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ..... เลขที่บัญชี 

1	0	9	0	0	0	1	5	9	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

  
สำนักงานเลขที่ 128 หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน วิทยแก้ว ตำบล/แขวง ช้างเผือก  
อำเภอ/เขต เมือง จังหวัด เชียงใหม่ รหัสไปรษณีย์ 50300 โทรศัพท์ 053-921444  
ประเภทกิจการ สถานศึกษา จำนวนลูกจ้าง 800 คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน จ.เชียงใหม่
- 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 8.30 น. เลิก 16.30 น. ทำงานสัปดาห์ละ 5 วัน
- ขณะประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่นๆ.....) ละ ..... บาท
- รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด) .....
- การประสบอันตรายเกิดขึ้นที่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
- วัน เดือน ปี ที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ..... เวลา ..... น. วัน เดือน ปี ที่นายจ้างทราบ .....
- วัน เดือน ปี ที่ลูกจ้างเริ่มหยุดงาน ..... วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน .....
- สาเหตุที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร) .....
- ผลของการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุอวัยวะหรืออาการ เช่น แขนขาขาด) .....
- ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์ .....
- โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล .....
- ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ..... เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ลงชื่อ ..... นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ ( ..... ) ตำแหน่ง ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....	ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ลงชื่อ ..... ลูกจ้าง/ผู้ยื่นคำร้อง ( ..... ) ตำแหน่ง ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
---	--

- คำเตือน
- ให้นายจ้างแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหายของลูกจ้างภายใน 15 วัน นับแต่วันที่นายจ้างทราบ มิฉะนั้น จะมีความผิด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
  - ให้ลูกจ้างหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และกรอกแบบรายการให้ถูกต้องครบถ้วน
  - พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจขอเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 57)
  - ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137)

