



# บันทึกข้อความ

สถาบันถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชุมชน  
 เลขที่..... 1349  
 วันที่..... - 2 ต.ค. 2566  
 เวลา..... 14.04 น.

ส่วนราชการ กองบริหารงานบุคคล งานบริหารและสวัสดิการ โทร. ๐ ๕๓๙๒ ๑๔๔๔ ต่อ ๑๒๑๐  
 ที่ อว ๐๖๕๔.๑๘/ว ๒๒๒๗ วันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง แนวปฏิบัติกรณีประสบอันตรายจากการทำงาน และการขอรับเงินทดแทน

เรียน หัวหน้าหน่วยงานในสังกัดมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา

ตามที่มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ได้เข้าร่วมกองทุนเงินทดแทน ซึ่งเป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อคุ้มครองลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือบาดเจ็บ สูญเสียอวัยวะหรือสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะทุพพลภาพ ตายหรือสูญหาย นั้น

ในการนี้ กองบริหารงานบุคคลขอแจ้งแนวปฏิบัติกรณีประสบอันตรายจากการทำงาน และการขอรับเงินทดแทน สำหรับบุคลากรประเภทลูกจ้างชั่วคราว พนักงานราชการ และพนักงานในสถาบันอุดมศึกษา ที่แนบมาพร้อมนี้ ทั้งนี้ ท่านสามารถศึกษาข้อมูลผ่านทางเว็บไซต์กองบริหารงานบุคคล <https://personal.mutl.ac.th/> ในหมวด กองทุนเงินทดแทน และเว็บไซต์สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการแจ้งบุคลากรในสังกัดให้ทราบโดยทั่วกัน

(นางรัญชนา น่านิน)

ผู้อำนวยการกองบริหารงานบุคคล

เรียน ผู้อำนวยการ

เพื่อโปรดทราบ

เพื่อโปรดพิจารณา

เก็บถาวร

นางคตภร

แบริ่ง

กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป

กลุ่มงานบริหารการถ่ายทอดเทคโนโลยี

กลุ่มงานส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตฯ

กลุ่มงานสว่ารงศ์ความรู้และถ่ายทอดเทคโนโลยี

กลุ่มงานโครงการพิเศษ

อื่นๆ.....

ว่าคตภร

(รัชต์พงษ์ ทอชัยรัตน์)

3/10/66

มอบตั้งเสนอ

4 ต.ค. ๖๖

## การยื่นขอใช้สิทธิกองทุนเงินทดแทน กรณีบาดเจ็บจากการทำงาน



### สิ่งจำเป็นที่จะต้องทราบเมื่อบาดเจ็บจากการทำงาน

ผู้ประสบเหตุหรือผู้เห็นเหตุการณ์จะต้องแจ้งรายละเอียด ดังนี้

๑. เวลาที่ประสบอันตราย
๒. สาเหตุที่ประสบอันตราย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร)
๓. ผลของการประสบอันตราย (ระบุอวัยวะหรืออาการ เช่น คิ้วซ้ายแตก นิ้วขวาขาด เป็นต้น)
๔. ชื่อหรือพยานรู้เห็นเหตุการณ์
๕. ชื่อโรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล
๖. กรณีบาดเจ็บหนัก ควรเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ เพื่อควบคุมวงเงินในการรักษา

### ขั้นตอนที่ ๑

ให้ผู้ประสบเหตุหรือผู้เห็นเหตุการณ์ แจ้งหัวหน้างานและหรือทีมปฐมพยาบาล เพื่อนำตัวส่งเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ประสบเหตุหรือโรงพยาบาลของรัฐ

### ขั้นตอนที่ ๒

การใช้สิทธิกองทุนเงินทดแทน มี ๒ กรณี ดังนี้

#### ๑. กรณี ไม่สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ให้หัวหน้างานและหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายดาวน์โหลดแบบ กท.๔๔ ในเว็บไซต์กองบริหารงานบุคคล <https://personal.rmutl.ac.th> โดยกรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มดังกล่าว เสนออธิการบดีหรือผู้รับมอบอำนาจ เพื่อส่งตัวผู้ประสบเหตุเข้ารับรักษาพยาบาล

#### ๒. กรณี สำรองเงินจ่าย

ให้ผู้ประสบเหตุดาวน์โหลดแบบ กท.๑๖ ในเว็บไซต์กองบริหารงานบุคคล <https://personal.rmutl.ac.th> โดยกรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มดังกล่าว ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่กองบริหารงานบุคคล เพื่อขอรับเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๗ ภายใน ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่ประสบเหตุ โดยมีเอกสาร ดังนี้

๑. ใบเสร็จรับเงิน
๒. ใบรับรองแพทย์
๓. บันทึกการลงเวลาปฏิบัติงาน

### หมายเหตุ\*\*

กรณี การประสบเหตุที่ได้รับการรักษาเกินวงเงิน ๕๐,๐๐๐ บาท/ครั้ง ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่กองบริหารงานบุคคล และสามารถดูรายละเอียดได้ที่เว็บไซต์สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน [www.sso.go.th](http://www.sso.go.th) สายด่วนโทร. ๑๕๐๖



สำนักงานประกันสังคม

เขียนที่...มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา  
วันที่.....

เรื่อง ส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาล.....

ด้วย (ชื่อลูกจ้าง)..... เป็นลูกจ้างของ.....

ซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทนเลขที่บัญชี 10 9000159 2 ตั้งอยู่เลขที่  
128 ถ.ห้วยแก้ว ต.ช้างเผือก อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50300 โทรศัพท์ 053-921444

ได้รับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง เมื่อวันที่ .....

ณ สถานที่.....

สาเหตุและลักษณะของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย .....

จึงขอให้แพทย์ให้การรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยและส่งเอกสารเรียกเก็บเงินจากกองทุนเงินทดแทน โดยข้าพเจ้าจะยื่นแบบแจ้งการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้องขอรับเงินทดแทนตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (กท.16) ต่อสำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ภายใน 15 วัน ตามที่กฎหมายเงินทดแทนกำหนดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ประทับตราของนิติบุคคล (ถ้ามี)

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537  
ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติเงินทดแทน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561

มาตรา 5 ในพระราชบัญญัตินี้

“ประสบอันตราย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างได้รับอันตรายแก่กายหรือผลกระทบแก่จิตใจหรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงานหรือป้องกันรักษาประโยชน์ให้แก่นายจ้างหรือตามคำสั่งของนายจ้าง

“เจ็บป่วย” หมายความว่า การที่ลูกจ้างเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน

“ค่ารักษาพยาบาล” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตรวจ การรักษา การพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็น เพื่อให้ผลของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยบรรเทาหรือหมดสิ้นไป และหมายความรวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องใช้หรือวัตถุที่ใช้แทนหรือทำหน้าที่แทนหรือช่วยอวัยวะที่ประสบอันตรายด้วย

มาตรา 13 เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันทีตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น และให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามวรรคหนึ่งโดยไม่ชักช้าเมื่อฝ่ายลูกจ้างแจ้งให้นายจ้างทราบ

มาตรา 48 เมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ให้นายจ้างแจ้งเหตุดังกล่าวต่อสำนักงาน ตามแบบและวิธีการที่เลขาธิการประกาศกำหนด ภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่นายจ้างทราบหรือควรจะได้ทราบถึงการประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย

มาตรา 62 นายจ้างผู้ใดไม่จัดให้ลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรา 13 หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 17 มาตรา 44 วรรคสองหรือวรรคสาม หรือมาตรา 48 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือนหรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

**หมายเหตุ**

1. แบบ กท.44 นี้ มีไว้เพื่อส่งตัวลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้างไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน
2. แบบ กท.44 เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับลูกจ้างและนายจ้าง เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานและเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่อยู่ในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน โดยสถานพยาบาลจะเป็นผู้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน
3. นายจ้างที่ยื่นแบบ กท.16 หรือ กท.44 นายจ้างยังมีหน้าที่ต้องส่งเอกสารเพิ่มเติมตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม มิฉะนั้นสำนักงานประกันสังคมอาจปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาล ซึ่งนายจ้างต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลตามมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติเงินทดแทน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561
4. ในกรณีที่สำนักงานมีคำวินิจฉัยว่า ค่ารักษาพยาบาลของลูกจ้างส่วนใดเป็นค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นค่ารักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น สถานพยาบาลต้องไม่นำค่ารักษาพยาบาลส่วนนั้นไปเรียกเก็บจากลูกจ้างนายจ้าง หากมีการเรียกเก็บไปแล้ว สถานพยาบาลต้องดำเนินการคืนเงินภายใน 15 วัน หากไม่ปฏิบัติตามสำนักงานประกันสังคมมีสิทธิหักจากค่ารักษาพยาบาลที่จะจ่ายให้สถานพยาบาลในคราวต่อไป
5. สำหรับสถานพยาบาลในกรณีที่มีข้อสงสัย โปรดโทรศัพท์สอบถามไปยังนายจ้างหรือโทรศัพท์สอบถามไปยัง

สำนักงานกองทุนเงินทดแทน โทร. 0 - 2956 - 2728

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่...../สำนักงานประกันสังคมจังหวัด / สาขา

.....โทร.....





แบบแจ้งการประสบนตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย และคำร้อง  
ขอรับเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537  
สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้องกรอก

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่บัญชี .....
เลขรหัส .....
เลขที่ประสบนตราย .....
วันที่รับ .....

- ชื่อสถานประกอบการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เลขที่บัญชี 1090001592  
สำนักงานเลขที่ 128 หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ห้วยแก้ว ตำบล/แขวง ช้างเผือก  
อำเภอ/เขต ..... เมือง ..... จังหวัด เชียงใหม่ รหัสไปรษณีย์ 50300 โทรศัพท์ 053-921444  
ประเภทกิจการ สถานศึกษา จำนวนลูกจ้าง 800 คน ชื่อสาขาที่ลูกจ้างประจำทำงาน จ.เชียงใหม่
- ชื่อลูกจ้างที่ประสบนตราย 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 ..... ตำแหน่งหน้าที่ขณะประสบนตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย .....
- เวลาทำงานปกติเริ่ม 8.30 น. เลิก 16.30 น. ทำงานสัปดาห์ละ 5 วัน
- ขณะประสบนตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย ได้รับค่าจ้างในอัตรา (เดือน, วัน, ชั่วโมง, อื่นๆ.....) ละ ..... บาท
- รายได้อื่น เช่น ค่าครองชีพ ค่าอาหาร ค่าเบี้ยเลี้ยง ฯลฯ (ถ้ามีให้แจ้งรายละเอียด) .....
- การประสบนตรายเกิดขึ้นที่ ..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
- วัน เดือน ปี ที่ประสบนตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย..... เวลา..... น. วัน เดือน ปี ที่นายจ้างทราบ .....
- วัน เดือนปี ที่ลูกจ้างเริ่มหยุดงาน ..... วัน เดือน ปี ที่กลับเข้าทำงาน.....
- สาเหตุที่ประสบนตราย เจ็บป่วย หรือสูญหาย (อธิบายว่าเกิดขึ้นอย่างไร) .....
- ผลของการประสบนตราย หรือเจ็บป่วย (ระบุภาวะหรืออาการ เช่น แขนขาชาขาด) .....
- ชื่อและที่อยู่ของพยาน หรือผู้รู้เห็นเหตุการณ์ .....
- โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล .....
- ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ..... เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย .....

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

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

