

ตัวอย่างการกรอก

* กรณีที่ไม่สามารถได้รับข้อมูลรับรองจากทางบริษัท ขอให้
ปรึกษากับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ในแผนกที่ทำการอื่นเรื่อง

ใบร้องขอค่าใช้จ่ายในการรักษา (แบบฟอร์มหมายเลข 7 (1) (หน้าที่ 2))

ตัวอย่างการกรอก

労働者の 所属事業場の 名称・所在地		災害が発生した 時刻		被害発生 事実を確認 した者の氏名	
ชื่อและที่ตั้งของที่ทำงาน		เวลาที่ประสบเหตุ เช้า 午後		ตำแหน่ง ชื่อ-นามสกุล	
災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所でありどのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不 状態があったり(お)どのような災害が発生したかを詳細に記入すること					
สาเหตุของอุบัติเหตุและรายละเอียดของสถานการณ์					

กรุณากรอกชื่อ-นามสกุล และตำแหน่งของผู้
ที่ได้ทำการตรวจสอบความเป็นจริงของ
อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นแล้ว

療養の内訳及金額		療養の内訳		金額	
療養の項目	療養の内容	療養の内容	療養の内容	療養の内容	療養の内容
診療料	診療料	診療料	診療料	診療料	診療料
処方料	処方料	処方料	処方料	処方料	処方料
検査料	検査料	検査料	検査料	検査料	検査料
入院料	入院料	入院料	入院料	入院料	入院料
手術料	手術料	手術料	手術料	手術料	手術料
薬剤料	薬剤料	薬剤料	薬剤料	薬剤料	薬剤料
その他	その他	その他	その他	その他	その他
合計	合計	合計	合計	合計	合計

① เกิดขึ้นที่ไหน
② เกิดขึ้นในสภาวะเช่นไร
③ ในตอนที่ทำงานอย่างไรอยู่
④ อะไรเป็นสาเหตุ
⑤ เกิดอุบัติเหตุเช่นไรขึ้น

ต้องสำหรับกรอกโดยหน่วยงานทางการแพทย์
(กรอกรายละเอียดของการรักษาและค่ารักษาแต่ละประการ)

事業主が証明する事項 (表面の7及び8)。(ア)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。		事業主の氏名		電話番号	
事業主の氏名		事業主の氏名		電話番号	
事業主の氏名		事業主の氏名		電話番号	
事業主の氏名		事業主の氏名		電話番号	

[illegible]

ส่วนที่ผู้ยื่นเรื่องกรอกด้วยตนเอง	ส่วนที่กรอกโดยหน่วยงานทางการแพทย์	ส่วนที่กรอกโดยบริษัท
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------

* กรณีที่ไม่สามารถได้รับข้อมูลรับรองจากทางบริษัท ขอให้
ปรึกษากับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ในแผนกที่ทำการยื่นเรื่อง

ส่วนที่ผู้ยื่นเรื่องกรอกด้วย

ส่วนที่กรอกโดยบริษัท