

## ตัวอย่างการกรอกใบคำร้องชนิดต่าง ๆ

1. ใบร้องขอค่าชดเชยการรักษา (แบบฟอร์มหมายเลข 5)
2. ใบร้องขอให้จ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษา (แบบฟอร์มหมายเลข 7)
3. ใบร้องขอให้จ่ายค่าชดเชยการหยุดการ (แบบฟอร์มหมายเลข 8)
4. ใบร้องขอให้จ่ายค่าชดเชยความพิการ (แบบฟอร์มหมายเลข 10)
5. ใบร้องขอให้จ่ายเงินงวดชดเชยต่อครอบครัวผู้สูญเสีย (แบบฟอร์มหมายเลข 15)
6. ใบร้องขอให้จ่ายเงินประจำปีชดเชยต่อครอบครัวผู้สูญเสีย (แบบฟอร์มหมายเลข 12)
7. ใบร้องขอค่าใช้จ่ายในงานศพ (แบบฟอร์มหมายเลข 16)
8. ใบร้องขอให้จ่ายค่าชดเชยในการดูแล (แบบฟอร์มหมายเลข 16-2-2)









ใบร้องขอให้จ่ายค่าชดเชยความพิการ (แบบฟอร์มหมายเลข 10) ตัวอย่างการกรอก

様式第10号 (表面)

労働者災害補償保険

障害補償給付支給請求書  
障害特別支給年金支給申請書  
障害特別一時金

業務災害用

請求者名 "男" さん请填写  
"女" さん请填写

府	支庁	市町村	番 号	③ 氏 名	氏名フリガナ	④ 被保険者資格の取得年月日	年 月 日
労働者番号	労働者番号	労働者番号	労働者番号	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳 )	⑤ 傷病の治愈した年月日	年 月 日
年金証書の番号	年金証書の番号	年金証書の番号	年金証書の番号	住 所	住所フリガナ	⑥ 平均賃金	円 銭
職 別	西 暦 年	番 号	職 別	職 種	職 種	⑦ 特別給付の総額(年額)	円
② 災害の原因及び発生状況				⑧ 当該傷病に關して支給される年金の種類等			
⑨ 厚生年金保険等の支給関係				⑩ 請求者(請求人)の氏名			
⑪ 請求者(請求人)の住所				⑫ 請求者(請求人)の電話番号			
⑬ 請求者(請求人)の職業				⑭ 請求者(請求人)の所属事業場の名称・所在地			
⑮ 請求者(請求人)の代表者の氏名				⑯ 請求者(請求人)の代表者の電話番号			
⑰ 請求者(請求人)の代表者の住所				⑱ 請求者(請求人)の代表者の職業			
⑲ 請求者(請求人)の代表者の所属事業場の名称・所在地				⑳ 請求者(請求人)の代表者の電話番号			
㉑ 請求者(請求人)の代表者の職業				㉒ 請求者(請求人)の代表者の所属事業場の名称・所在地			
㉓ 請求者(請求人)の代表者の電話番号				㉔ 請求者(請求人)の代表者の住所			
㉕ 請求者(請求人)の代表者の職業				㉖ 請求者(請求人)の代表者の所属事業場の名称・所在地			
㉗ 請求者(請求人)の代表者の電話番号				㉘ 請求者(請求人)の代表者の住所			
㉙ 請求者(請求人)の代表者の職業				㉚ 請求者(請求人)の代表者の所属事業場の名称・所在地			
㉛ 請求者(請求人)の代表者の電話番号				㉜ 請求者(請求人)の代表者の住所			
㉝ 請求者(請求人)の代表者の職業				㉞ 請求者(請求人)の代表者の所属事業場の名称・所在地			
㉟ 請求者(請求人)の代表者の電話番号				㊱ 請求者(請求人)の代表者の住所			
㊲ 請求者(請求人)の代表者の職業				㊳ 請求者(請求人)の代表者の所属事業場の名称・所在地			
㊴ 請求者(請求人)の代表者の電話番号				㊵ 請求者(請求人)の代表者の住所			
㊶ 請求者(請求人)の代表者の職業				㊷ 請求者(請求人)の代表者の所属事業場の名称・所在地			
㊸ 請求者(請求人)の代表者の電話番号				㊹ 請求者(請求人)の代表者の住所			
㊺ 請求者(請求人)の代表者の職業				㊻ 請求者(請求人)の代表者の所属事業場の名称・所在地			
㊼ 請求者(請求人)の代表者の電話番号				㊽ 請求者(請求人)の代表者の住所			
㊾ 請求者(請求人)の代表者の職業				㊿ 請求者(請求人)の代表者の所属事業場の名称・所在地			

คุณทำการลงทะเบียนพื้ที่หมายเลข 16-7 ในกรณีผู้พิการในการยื่นใบร้องขอ

คุณระบุให้ชัดเจนเกี่ยวกับสถานที่ที่ใบร้องขอใช้เพื่อขอชดเชยความพิการของงานในตอนที่ 10 และ 11

คุณกรอกใบร้องขอที่ได้รับในใบชดเชย ส่วนนี้คือสิทธิการันจาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับงานของนายจ้างเท่านั้น

กรณีที่เป็นผู้พิการที่ขอชดเชยค่าจ้างไม่จำเป็นต้องระบุที่การันจาย

ส่วนที่ยื่นเรื่องกรอกด้วยตนเอง

ส่วนที่กรอกโดยบริษัท

ใบร้องขอให้จ่ายเงินประจำปีชดเชยต่อครอบครัวผู้สูญเสีย (แบบฟอร์มหมายเลข 12) ตัวอย่างการกรอก

กรุณาใช้แบบฟอร์มหมายเลข 16-9 ในกรณีผู้เสียชีวิตในภาคีภาคีต่างงาน

ชื่อของแบบ "男" สำหรับ (จาก "女" สำหรับผู้เสียชีวิต) (年金請求者提出)

แบบฟอร์ม 12 (ด้านหลัง) **業務災害用** 労働者災害補償保険 遺族補償年金支給 遺族特別支給金支給 遺族特別年金

① 労働保険番号 ② 年金証書の番号 ③ 死亡労働者のフリガナ ④ 負傷又は発病年月日

⑤ 死亡年月日 ⑥ 災害の原因及び発生状況 ⑦ 平均賃金 ⑧ 特別給与の総額(年額)

⑨ 当該死亡に関して支給される年金の種類 ⑩ 請求人(申請人)の氏名 ⑪ 希望する金融機関又は郵便局

⑫ 送付する書類その他の資料名 ⑬ 遺族補償年金の支給を請求します。遺族特別支給金の支給を申請します。

請求人(申請人)の住所 氏名 電話番号

銀行・金庫 普通・当座 第 号

郵便局 第 号

年金の払戻しを受けること 希望する金融機関又は郵便局

上記より 遺族補償年金の支給を請求します。遺族特別支給金の支給を申請します。

請求人(申請人)の住所 氏名 電話番号

銀行・金庫 普通・当座 第 号

郵便局 第 号

กรณีที่ไม่ใช่กรณีการขอเงินชดเชยต่อครอบครัวผู้เสียชีวิต

กรุณากรอกให้ชัดเจนเกี่ยวกับสถานที่เกิดของผู้เสียชีวิต รายละเอียดผลการของงานในขณะเสียชีวิต

กรุณากรอกในกรณีที่มีใบรับรองแพทย์เป็นหลักฐานว่าผู้เสียชีวิตมีอาการป่วยหรือบาดเจ็บก่อนเสียชีวิต

กรุณากรอก ชื่อ-นามสกุล วันเดือนเกิด ที่อยู่ ของผู้ยื่นคำขอ ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต ความเสียหาย และรายการความเสียหายอื่นใดในใบขอ

กรุณากรอกชื่อของธนาคาร ใ้เงินคืน หรือบริษัทประกันภัยที่ผู้ยื่นคำขอมีบัญชีเงินฝากอยู่

ชื่อของแบบ "ある" กรณีมีความเสียหาย และแบบ "ない" กรณีไม่มีความเสียหาย

กรอกชื่อธนาคาร ใ้เงินคืน หรือบริษัทประกันภัยที่ผู้ยื่นคำขอมีบัญชีเงินฝากอยู่

กรณีที่ไม่ใช่กรณีการขอเงินชดเชยต่อครอบครัวผู้เสียชีวิต

ส่วนที่ผู้ยื่นเรื่องกรอกด้วย

ส่วนที่กรอกโดยบริษัท

ใบร้องขอให้จ่ายเงินงวดชดเชยต่อครอบครัวผู้สูญเสีย (แบบฟอร์มหมายเลข 15) ตัวอย่างการกรอก

様式第15号(表面)

労働者災害補償保険  
遺族補償一時金支給請求書  
遺族特別支給金支給申請書  
遺族特別一時金

แบบฟอร์มหมายเลข 16-9 ในกรณี  
อุบัติเหตุในกรณีการดำเนินงาน

กรอกตามแบบ "男" สำหรับ  
ผู้ชาย "女" สำหรับผู้หญิง

① 労働保険番号 府県 所管管轄 基幹番号 枝番号 กรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานคร		④ 死亡労働者の 氏名 (男・女) 死亡年月日 生年月日 職業 所屬事業場 所在地	⑥ 賃金又は発病年月日 年月日 午前 午後 時 分 頃 ⑦ 死亡年月日 年月日 ⑧ 平均賃金 円 銭 ⑨ 特別給与の総額(年額) 円
② 年金証書の番号 種類 西暦年 番号 枝番号		⑤ 災害の原因及び発生状況 労働者災害補償法第12条第1項第1号に規定する事由に該当するものとして認められたこと	
この者については、④及び⑤が③に記載したとおりであることを証明します。			
<p style="text-align: center;">                 事業場の名称                  年 月 日                  電話 ( ) -                  〒 -                  事業場の所在地                  事業主の氏名                  (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)             </p>			
⑨ 請求人 氏名 生年月日 住所 電話番号 氏名 生年月日 住所 電話番号 氏名 生年月日 住所 電話番号 氏名 生年月日 住所 電話番号 氏名 生年月日 住所 電話番号			
⑩ 添付する書類その他の資料名			

กรณีที่ไม่ใช่เหตุการงาน  
กรณีที่ไม่ใช่เหตุการงาน

กรุณาระบุให้ชัดเจนเกี่ยวกับสถานที่เกิด  
อุบัติเหตุ รายละเอียดเหตุการณ์  
สถานที่เกิดเหตุ

กรุณาบอก ชื่อ-นามสกุล วัน  
เดือนเกิด ที่อยู่ของผู้ยื่นคำ  
ขอ ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต  
ความสัมพันธ์ และระบุว่ามี  
ความพิการหรือไม่

上記により 遺族補償一時金の支給を請求します。  
遺族特別支給金の支給を申請します。

年 月 日 請求人 申請人 (代表者) の住所 氏名 電話番号

労働基準監督署長 殿

希望する金融機関の名称	預金の種類及び口座番号
銀行・金庫 農協・漁協・信組	普通・当座 第 号 口座名義人

กรณีที่ไม่ใช่เหตุการงาน  
กรณีที่ไม่ใช่เหตุการงาน

ส่วนที่ผู้ยื่นเรื่องกรอกด้วย  
ตนเอง

ส่วนที่กรอกโดยบริษัท



ใบร้องขอค่าใช้จ่ายในงานศพ (แบบฟอร์มหมายเลข 16) ตัวอย่างการกรอก

様式第16号(表面)

業務災害用

แบบฟอร์มหมายเลข 16-10 ใบนี้  
ใช้ได้กับกรณีการเสียชีวิต

労働者災害補償保険  
葬 祭 料 請 求 書

ชื่อคนตาย "男" สำหรับ  
ผู้ชาย "女" สำหรับผู้หญิง

① 労働保険番号 府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 กรมการปกครอง/จังหวัด/เขต/อำเภอ/ตำบล		③ フリガナ 氏 名 請求人 死亡労働者との関係		氏名 ชื่อ-นามสกุล (ชื่อ-นามสกุล)	住所 ที่อยู่	死亡労働者との関係 ความสัมพันธ์
② 年金証書の番号 管轄局 種別 西暦年 番号		④ フリガナ 死亡労働者の 氏名 生年月日 職 種 所属事業場 名称所在地		氏名 ชื่อ-นามสกุล (ชื่อ-นามสกุล) (男・女)		生年月日 ปีเกิด/ปีเกิด 年 月 日 ( อายุ 歳)
		死亡労働者の 氏名 生年月日 職 種 所属事業場 名称所在地		職 種 ชนิดของงาน		所属事業場 ที่อยู่
		災害の原因及び発生状況 (a)どのような場所で(b)どのような作業をしているときに(c)どのような物又は機械に(d)どのような不安全又は有害な状態があつて(e)どのような災害が発生したか(を欄別に記載すること)		⑤ 負傷又は発病年月日 วันที่เกิดเหตุ/ปีเกิด 年 月 日 前後 時 分 頃		⑦ 死亡年月日 วันที่เสียชีวิต/ปีเกิด 年 月 日
		平均賃金 ค่าจ้างโดยเฉลี่ย		⑧ 平均賃金 ค่าจ้างโดยเฉลี่ย 円 銭		
④の者については、⑤、⑥及び⑧に記載したとおりであることを証明します。 ช่องสำหรับกรอกรับรองโดยหัวหน้าโทรศัพท์ ( ) - ที่ทำงาน 事業の名称 年 月 日 事業場の所在地 事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)						
⑨ 添付する書類その他の資料名		添付書類อื่นๆ				
上記により葬祭料の支給を請求します。 วันที่เกิดเหตุ/ปีเกิด 年 月 日 千 - 円/บาท 電話 ( ) - 請求人の住所/ที่อยู่ 労働基準監督署長 殿 氏名/ชื่อ-นามสกุล						
振込を希望する金融機関の名称				預金の種類及び口座番号		
銀行・金庫 農協・漁協・信組		本店・本所 出張所 支店・支所		普通・当座/บัญชี 口座名義人/ชื่อ		

กรุณากรอกให้ชัดเจนโดยใส่สถานที่เกิดเหตุไว้ด้วย รายละเอียดของงานในขณะเกิดเหตุ

กรณีให้เงินช่วยเหลือจากเงินสงเคราะห์กรณีประสบอุบัติเหตุ

ส่วนที่ผู้ยื่นเรื่องกรอกด้วย  
ศน.16.1

ส่วนที่กรอกโดยบริษัท



ชนิดแบบฟอร์มในการยื่นเรื่องต่าง ๆ และ ผู้รับผิดชอบในการรับเอกสาร

ชนิดการจ่าย	จุดติดก้อยในการทำงาน หรือการเดินทางไปทำงาน	ชื่อใบคำร้อง	หมายเลข แบบฟอร์ม	ผู้รับใบคำร้อง
การจ่าย (ชดเชย) การรักษา	จุดติดก้อยในการทำงาน	ใบร้องขอการจ่ายค่ารักษา สำหรับการจ่ายค่าชดเชยการรักษา	5	ผ่านโรงพยาบาลหรือร้านขายยา ไปยังหัวหน้าผู้ดูแลของ กรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ
	จุดติดก้อยในการเดินทางไปทำงาน	ใบร้องขอการจ่ายค่ารักษา สำหรับการจ่ายค่ารักษา	16-3	
	จุดติดก้อยในการทำงาน	ใบร้องขอการจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษา สำหรับการจ่ายค่าชดเชยการรักษา	7	ผู้ดูแลของ กรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ
	จุดติดก้อยในการเดินทางไปทำงาน	ใบร้องขอการจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษา สำหรับการจ่ายค่ารักษา	16-5	
การจ่าย (ชดเชย) การหยุดงาน	จุดติดก้อยในการทำงาน	ใบร้องขอการจ่าย ค่าชดเชยการหยุดงาน	8	ผู้ดูแลของ กรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ
	จุดติดก้อยในการเดินทางไปทำงาน	ใบร้องขอการจ่าย ค่าการหยุดงาน	16-6	
การจ่าย (ชดเชย) ความพิการ	จุดติดก้อยในการทำงาน	ใบร้องขอการจ่าย ค่าชดเชยความพิการ	10	ผู้ดูแลของ กรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ
	จุดติดก้อยในการเดินทางไปทำงาน	ใบร้องขอการจ่าย ค่าความพิการ	16-7	
การจ่าย (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย	จุดติดก้อยในการทำงาน	ใบร้องขอการจ่ายเงินประจำปี ชดเชยครอบครัวผู้สูญเสีย	12	ผู้ดูแลของ กรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ
	จุดติดก้อยในการเดินทางไปทำงาน	ใบร้องขอการจ่ายเงินประจำปี ครอบครัวผู้สูญเสีย	16-8	
	จุดติดก้อยในการทำงาน	ใบร้องขอการจ่ายเงินงวด ชดเชยครอบครัวผู้สูญเสีย	15	
	จุดติดก้อยในการเดินทางไปทำงาน	ใบร้องขอการจ่ายเงินงวด ครอบครัวผู้สูญเสีย	16-9	
ค่างานศพ (การจ่ายค่างานศพ)	จุดติดก้อยในการทำงาน	ใบร้องขอค่างานศพ	16	ผู้ดูแลของ กรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ
	จุดติดก้อยในการเดินทางไปทำงาน	ใบร้องขอการจ่ายค่างานศพ	16-10	
การจ่าย (ชดเชย) การดูแล		ใบร้องขอการจ่ายชดเชยการดูแล การจ่ายค่าการดูแล	16-2-2	





