

# คู่มือการยื่นเรื่อง ประกันอุบัติเหตุในการทำงาน <ฉบับที่ 2>

ภาพรวมของการจ่ายของประกันอุบัติเหตุในการทำงาน  
รายละเอียดของการจ่ายของประกันแต่ละชนิด

ไม่ว่าจะเป็นคนสัญชาติใดก็ตาม คนที่ทำงานอยู่ในประเทศไทยทุกคนจะสามารถได้รับความคุ้มครองจากประกันอุบัติเหตุในการทำงาน ตั้งแต่ผู้ที่ได้รับใบสถานภาพการพำนักระยะยาวให้ทำงานในประเทศไทย รวมไปถึงนักเรียนนักศึกษาต่างประเทศที่ประสบอุบัติเหตุตอนเข้าทำงานพาร์ทไทม์

หนังสือคู่มือเล่มนี้ อธิบายถึงชนิดและรายละเอียดของเงินชดเชยประกันอุบัติเหตุในการทำงานที่ผู้ใช้แรงงานชาวต่างประเทศสามารถรับได้ เพื่อให้ผู้ใช้แรงงานนั้น ๆ สามารถเข้าใจได้ง่าย

สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับเงื่อนไขที่จำเป็นในการจ่ายเงินชดเชยนั้น ขอให้สอบถามได้จากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลของกรมมาตรฐานแรงงาน นอกจากนี้ขอให้ระวังด้วยว่าในบางกรณีจะไม่สามารถรับเงินชดเชยได้เมื่อกลับไปยังประเทศของตนแล้ว

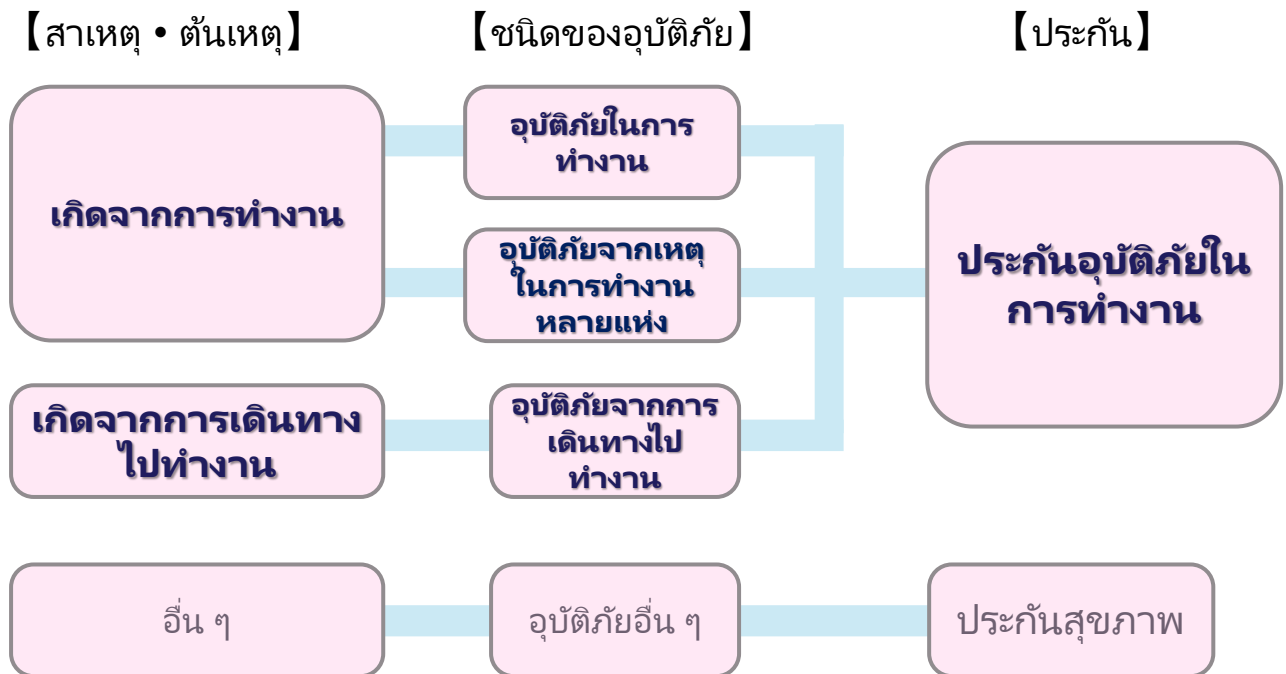
## [สารบัญ]

|                                            |     |
|--------------------------------------------|-----|
| ภาพรวมของการจ่ายประกันอุบัติเหตุในการทำงาน | P2  |
| การจ่าย (ชดเชย) ค่ารักษา ฯลฯ               | P14 |
| การจ่าย (ชดเชย) การหยุดงาน ฯลฯ             | P16 |
| เงินประจำปี (ชดเชย) การเจ็บป่วย ฯลฯ        | P17 |
| การจ่าย (ชดเชย) ความพิการ ฯลฯ              | P18 |
| การจ่าย (ชดเชย) ครอบครัวยุติสัญญา ฯลฯ,     |     |
| ค่างานศพ ฯลฯ (การจ่ายค่างานศพ)             | P26 |
| การจ่าย (ชดเชย) การดูแล ฯลฯ                | P33 |
| ตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์ม                    | P36 |



# ภาพรวมของการจ่ายประกันอุบัติเหตุในการทำงาน

ประกันอุบัติเหตุในการทำงาน เป็นระบบที่จะทำการจ่ายค่าชดเชยประกันที่จำเป็น สำหรับการใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ในกรณีที่ผู้ใช้แรงงานได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต โดยมีสาเหตุมาจากการทำงานหรือการเดินทางไปทำงาน แม้จะเป็นคนต่างชาติก็ตาม หากทำงานอยู่ในประเทศญี่ปุ่นแล้ว จะได้รับการคุ้มครองโดยประกันอุบัติเหตุในการทำงาน



\*อุบัติเหตุจากการทำงานไม่สามารถได้รับการคุ้มครองจากประกันสุขภาพ

## ประเภทของการจ่ายค่าใช้จ่ายต่าง ๆ จากประกันอุบัติเหตุในการทำงาน

- ◆ การจ่าย (ชดเชย) ค่ารักษา ฯลฯ : ในกรณีที่ผู้ใช้แรงงานได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากการทำงานหรือการเดินทางไปทำงาน
- ◆ การจ่าย (ชดเชย) การหยุดงาน ฯลฯ : การจ่ายในกรณีที่ผู้ใช้แรงงานไม่ได้รับเงินค่าจ้างเนื่องจากหยุดงาน เพื่อได้รับการรักษาการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากการทำงานหรือการเดินทางไปทำงาน
- ◆ เงินประจำปี (ชดเชย) การเจ็บป่วย ฯลฯ : ในกรณีที่ หลังเริ่มการได้รับการรักษาการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย เป็นเวลา 1 ปี 6 เดือน ยังไม่สามารถรักษาจนอาการคงที่ (อาการคงที่รักษาไม่ได้) แล้ว เกิดความพิการซึ่งอยู่ในระดับความเจ็บป่วยที่กำหนดไว้
- ◆ การจ่าย (ชดเชย) ความพิการ ฯลฯ : ในกรณีที่การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยรักษาจนอาการคงที่ (อาการคงที่รักษาไม่ได้) และเกิดความพิการซึ่งอยู่ในระดับความพิการที่กำหนดไว้
- ◆ การจ่าย (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย และอื่น ๆ : การจ่ายชดเชยเมื่อแรงงานเสียชีวิตเนื่องจากการทำงานหรือระหว่างการเดินทางไปกลับ
- ◆ ค่าจัดการศพ และอื่น ๆ (การจ่ายเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพ): การชดเชยจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพเมื่อแรงงานเสียชีวิตเนื่องจากการทำงานหรือระหว่างการเดินทางไปกลับ
- ◆ การจ่าย (ชดเชย) การดูแล ฯลฯ : ในกรณีที่ผู้ใช้แรงงานกำลังได้รับการดูแลเนื่องจากความพิการที่อยู่ในระดับความเจ็บป่วยที่กำหนดไว้โดยเงินประจำปี (ชดเชย) ความพิการ ฯลฯ หรือเงินประจำปี (ชดเชย) การเจ็บป่วย ฯลฯ เงินประจำปีสำหรับความพิการที่กำหนด

## อุบัติเหตุในการทำงาน

อุบัติเหตุในการทำงาน คือการเจ็บป่วย ฯลฯ (การบาดเจ็บ, ความเจ็บป่วย, ความพิการ, การเสียชีวิต ฯลฯ) ที่ผู้ใช้แรงงานได้รับซึ่งมีสาเหตุมาจากการทำงาน



- การที่มีเหตุภาพระดับหนึ่งระหว่างการทำงานกับการเจ็บป่วย ฯลฯ นั้น นับได้ว่า “อุบัติเหตุในการทำงาน”
- เจ้าของบริษัท หรือ กรรมการบริษัท ไม่นับเป็นพนักงาน ดังนั้น โดยหลักการแล้วจะไม่สามารถรับเงินชดเชยได้

### ◇ การบาดเจ็บในการทำงานคือ

อุบัติเหตุประการต่อไปทั้ง 3 ประการ นับได้ว่าอุบัติเหตุในการทำงาน

#### <1> กรณีที่ทำงานอยู่ในที่ทำงาน

ในกรณีที่ทำงานอยู่ในอาคารที่ตั้งอยู่ในที่ทำงาน (สำนักงานของบริษัท, โรงงาน) ในเวลาทำงานปกติที่ได้กำหนดไว้และเวลาทำงานเกินเวลานั้น นับได้ว่าอุบัติเหตุในการทำงาน トラバได้ไม่มีเหตุเฉพาะ

#### \* ในกรณีดังกล่าว ไม่สามารถนับได้ว่าเป็นอุบัติเหตุในการทำงาน

- ① กรณีที่พนักงานได้รับบาดเจ็บเนื่องจากพนักงานนั้น ๆ มีการกระทำส่วนตัวซึ่งไม่ได้เกี่ยวข้องกับภาระงานในเวลาการทำงาน
- ② กรณีที่พนักงานจงใจทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้น
- ③ กรณีที่อุบัติเหตุเกิดจากพนักงานถูกทำร้ายด้วยความรุนแรงเนื่องจากความแค้นส่วนตัวกับบุคคลที่สาม

## **<2> กรณีที่ไม่ได้ทำงานในที่ทำงาน**

อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเนื่องจากการกระทำส่วนตัวซึ่งไม่ได้เกี่ยวข้องกับการงาน ในเวลาพัก เวลาก่อนทำงานเริ่ม หรือ หลังเลิกทำงานซึ่งเป็นเวลาที่ไม่ได้ทำงานนั้น ไม่สามารถนับได้ว่าอุบัติเหตุในการทำงาน

แต่ทว่าในกรณีที่อาคารหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ในที่ทำงานไม่ได้รับการตรวจสอบอย่างเหมาะสม และทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้น นับได้ว่าเป็นอุบัติเหตุในการทำงาน และกรณีที่พนักงานมีการกระทำที่มีความจำเป็นทางกายภาพ เช่น เข้าห้องสุขา นั้นนับได้ว่าอุบัติเหตุในการทำงาน

## **<3> กรณีที่ทำงานนอกสถานที่ทำงาน**

ในกรณีที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้น เมื่อพนักงานออกไปทำงานต่างจังหวัด หรือออกไปเซลล์ของนอกสถานที่ทำงานนั้น นับได้ว่าอุบัติเหตุในการทำงาน ตราบใดไม่มีเหตุเฉพาะ เช่น พนักงานคนนั้นตั้งใจจะมีการกระทำส่วนตัวที่ไม่มีความจำเป็นในการทำงาน

## **◇ ความเจ็บป่วยในการทำงานคือ**

กรณีที่เป็นไปตามเงื่อนไข 3 ข้อดังต่อไปนี้ โดยหลักการแล้วนับได้ว่าเป็นความเจ็บป่วยในการทำงาน

### **<1> มีปัจจัยที่เป็นภัยในสถานที่ทำงาน**

กรณีที่มีปัจจัยทางกายภาพที่เป็นภัย สารเคมี หรือ การทำงานหนักเกินควรที่เป็นภาระต่อร่างกายในขั้นตอนการทำงาน (ตัวอย่าง) แร่ใยหิน

### **<2> กรณีที่พนักงานต้องสัมผัสกับปัจจัยที่เป็นภัยจนเกิดโรคาพยาธิ**

### **<3> ขั้นตอนการเกิดความเจ็บป่วยและอาการของความเจ็บป่วยนั้นมีความเป็นเหตุเป็นผลทางการแพทย์**

ความเจ็บป่วยในการทำงานจำเป็นต้องเกิดจากการสัมผัสกับปัจจัยที่เป็นภัยที่อยู่ในการทำงานของพนักงาน อาการของความเจ็บป่วยนั้นจึงจำเป็นต้องเกิดขึ้นหลังการสัมผัสปัจจัยที่เป็นภัย จังหวะเวลาของการเกิดความเจ็บป่วยนั้นต้องขึ้นอยู่กับลักษณะของปัจจัยที่เป็นภัยแต่ละประการหรือขั้นตอนการสัมผัสปัจจัยที่เป็นภัยของพนักงาน

## อุบัติเหตุจากเหตุในการทำงานหลายแห่ง

อุบัติเหตุจากเหตุในการทำงานหลายแห่ง หมายถึง การบาดเจ็บหรือความเจ็บป่วยที่พิจารณาแล้วเห็นว่าเกิดจากงานที่ถือว่าจ้างในหลายแห่งของพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง การบาดเจ็บหรือความเจ็บป่วย ฯลฯ ดังกล่าวรวมถึงความเจ็บป่วยทางสมองหรือหัวใจ และความผิดปกติด้านจิตใจ

### ◇ พนักงานที่ทำงานหลายแห่ง

พนักงานที่ทำงานหลายแห่ง คือ พนักงานที่ถูกจ้างงานหลายแห่งในเวลาเดียวกันและไม่ใช่นายจ้างคนเดียวกันเมื่อเกิดการบาดเจ็บ ความเจ็บป่วย ฯลฯ

\* พนักงานที่ทำงานแห่งเดียว : พนักงานที่ถูกใช้งานเพียงแห่งเดียวเท่านั้น

### ◇ การรับรองอุบัติเหตุจากเหตุในการทำงานหลายแห่ง

ภาระงาน (ชั่วโมงทำงาน ความเครียด ฯลฯ) จากการทำงานหลายแห่งจะได้รับการประเมินโดยรวม และจะประเมินว่าสามารถถือเป็นอุบัติเหตุในการทำงานได้หรือไม่ มีกรณีที่แม้จะเป็นพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง แต่ถูกพิจารณาตัดสินว่ามีสาเหตุมาจากภาระงานของที่ทำงานเพียงแห่งเดียว จึงถูกมองว่าเป็นอุบัติเหตุในการทำงานในกรณีปกติ

→ P10,11

## อุบัติเหตุในการเดินทางไปทำงาน

อุบัติเหตุในการเดินทางไปทำงาน คือ การบาดเจ็บ ฯลฯ ของพนักงานที่เกิดจากการเดินทางไปทำงาน

### ◇ การเดินทางไปทำงานคือ

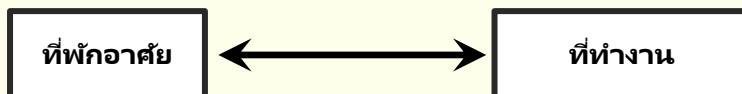
การเดินทางตามที่กำหนดในหัวข้อ ①-③ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานโดยใช้เส้นทางและวิธีทางที่เหมาะสม

- ① การเดินทางไปกลับระหว่างที่พักอาศัยและที่ทำงาน (ซึ่งเป็นสถานที่ที่พนักงานเริ่มทำงานและเลิกทำงาน)
- ② การเดินทางระหว่างสถานที่ทำงานที่กำหนดตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุข กับสถานที่ทำงานอีกแห่ง (การเดินทางระหว่างที่ทำงานของพนักงานที่มีที่ทำงานหลายแห่ง)
- ③ การเดินทางระหว่างที่พักอาศัยที่ถูกส่งไป กับ ที่พักอาศัยดั้งเดิมของตนสำหรับพนักงานที่ถูกส่งไปประจำที่อื่น

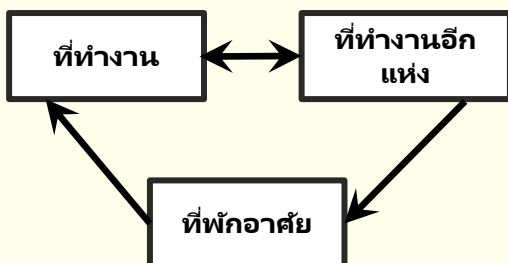
#### รูปแบบการเดินทางไปทำงาน

\*รูปแบบ 2 และ 3 มีเงื่อนไขที่กำหนดอยู่ด้วย กรุณาร่างในรายละเอียด

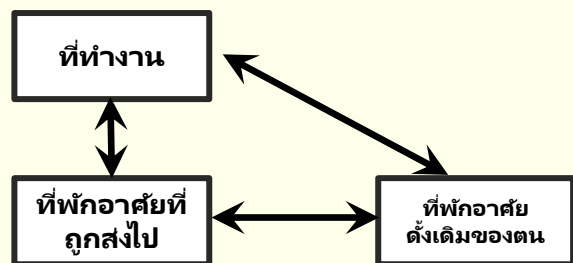
##### 1 กรณีปกติ



##### 2 กรณีผู้มีที่ทำงานหลายแห่ง



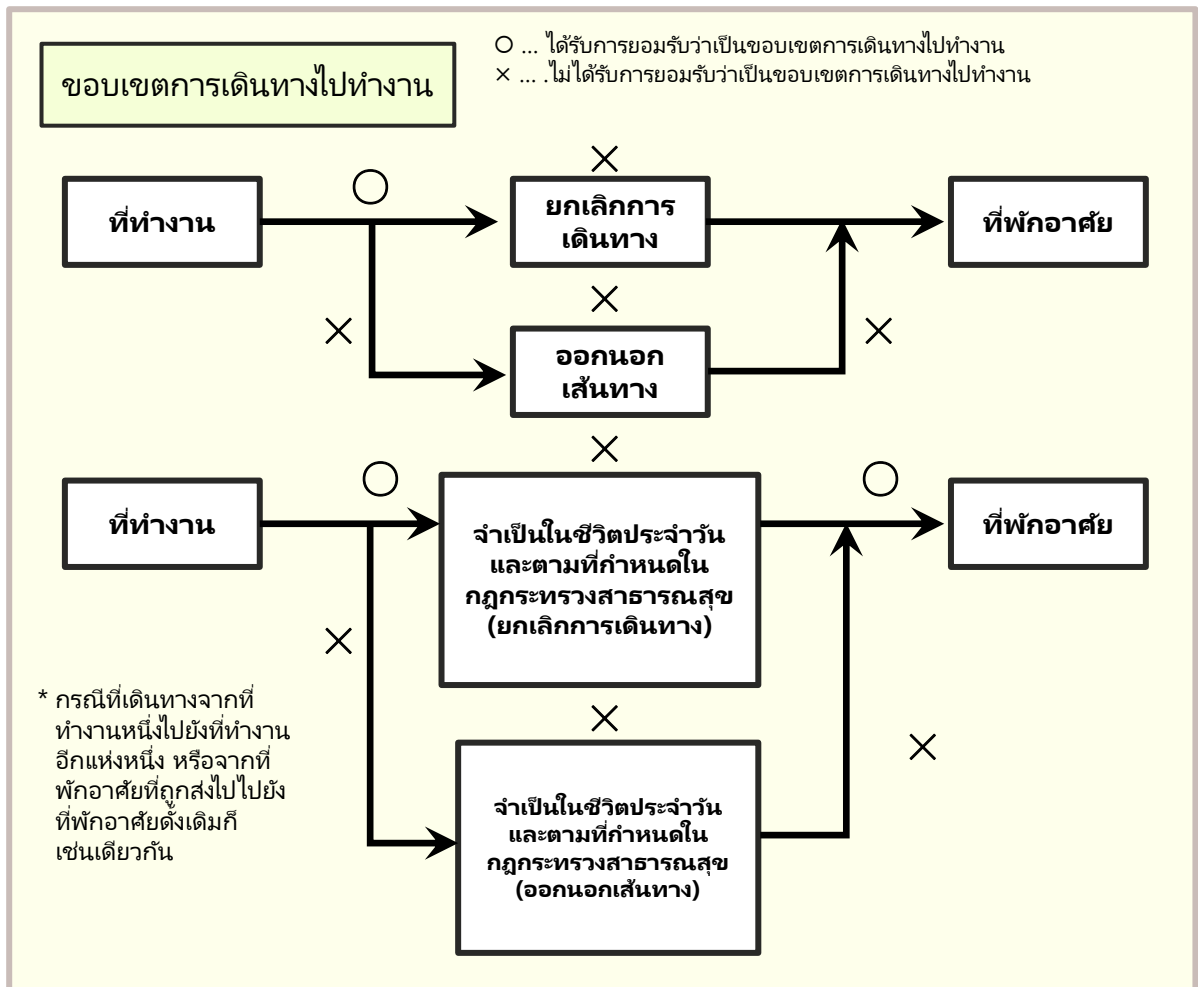
##### 3 กรณีถูกส่งไปประจำที่อื่น



## ◇ ขอบเขตการเดินทางไปทำงาน

หากพนักงานออกนอกเส้นทางการเดินทางไปทำงานหรือยกเลิกการเดินทางไปทำงานแล้ว เส้นทางการหว่าง / หลังการออกนอกเส้นทาง และการยกเลิกนั้น ไม่สามารถนับได้ว่าการเดินทางไปทำงาน

แต่กรณีที่มีการไปซื้อสิ่งของจำเป็นในชีวิตประจำวันหรือมีการกระทำคล้ายเคียงกันเท่าที่มีความจำเป็นน้อยที่สุดนั้น หลังพนักงานกลับไปเส้นทางที่เหมาะสมเดินทางไปทำงานแล้ว นับได้ว่าเป็นการเดินทางไปทำงาน



## ◇ จำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐานคือ

โดยหลักการแล้ว จำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน คือ จำนวนเงินที่เท่ากับค่าจ้างเฉลี่ย (กฎหมายมาตรฐานแรงงาน มาตรา 12)

โดยหลักการแล้ว วิธีการคิดค่าจ้างเฉลี่ย คือ คิดจำนวนเงินค่าจ้างโดยรวมที่ได้จ่ายให้กับพนักงานในช่วง 3 เดือนก่อนหน้าวันที่เกิดเหตุและสมควรที่จะทำการคำนวณค่าจ้าง\* และหารด้วยจำนวนวันโดยรวม (วันตามปฏิทินซึ่งรวมวันหยุดด้วย) ในช่วงเวลานั้น

เงินค่าจ้างที่เป็นพื้นฐานในการคำนวณเงินค่าจ้างนั้น ไม่ว่าจะมิชื่อเรียกว่าอย่างไรก็ตาม จะถือว่าเป็นสิ่งที่ผู้จ้างจ่ายให้สำหรับงานที่ทำ

อย่างไรก็ตาม เงินค่าจ้าง เช่น เงินค่าจ้างที่จ่ายให้แก่คู่สมรสเป็นพิเศษ หรือ เงินโบนัส ซึ่งเป็นเงินค่าจ้างที่จ่ายให้ทุก ๆ ช่วงเวลาที่ยาวนานกว่า 3 เดือนนั้น จะไม่ถูกรวมในการคำนวณ

โดยหลักการแล้ว เงินจ่ายรายวันพื้นฐานสำหรับพนักงานที่ทำงานหลายแห่งจะเท่ากับยอดรวมของเงินจ่ายรายวันพื้นฐานจากที่ทำงานต่าง ๆ

\* วันที่เกิดอุบัติเหตุที่เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต หรือ วันที่แพทย์ได้วินิจฉัยตัดสินชัดเจนว่าได้เจ็บป่วยแล้ว อย่างไรก็ตามกรณีที่มีการกำหนดวันตัดจบในการคำนวณค่าจ้าง ให้ใช้วันตัดจบก่อนหน้าวันที่เกิดอุบัติเหตุ

### [ข้อยกเว้น]

① กรณีต่อไปนี้ที่ได้รับการยอมรับว่าจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐานนั้น ไม่เหมาะสมกับจำนวนเงินค่าจ้างรายวันเฉลี่ยที่ได้รับจริง จะมีการใช้วิธีการคำนวณจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐานแบบพิเศษ

(a) กรณีที่ในช่วงเวลาที่ใช้ในการคำนวณค่าจ้างเฉลี่ย ได้มีการหยุดงานเพื่อเข้ารับการรักษารักษาการบาดเจ็บ ฯลฯ ที่ไม่เกี่ยวกับงาน

(b) กรณีที่พนักงานซึ่งเป็นโรคฝุ่นจับปอด ได้รับการย้ายให้ไปทำงานอื่นที่ไม่ต้องเกี่ยวข้องกับฝุ่นละออง

ฯลฯ

② จำนวนเงินในการจ่าย (ชดเชย) การหยุดงาน ฯลฯ นั้น กรณีที่เวลาผ่านไป 1 ปี 6 เดือน นับตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษานั้น จะมีการนำจำนวนเงินขอบเขตต่ำสุดและขอบเขตสูงสุด แบ่งตามช่วงอายุมาใช้ด้วย

สำหรับการจ่ายเงินประจำปีนั้น ตั้งแต่เดือนแรกที่ได้มีการจ่ายเงินประจำปี จะมีการนำจำนวนเงินขอบเขตต่ำสุด และ ขอบเขตสูงสุด แบ่งตามช่วงอายุมาใช้

## ตัวอย่างการคำนวณจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน

(ตัวอย่าง 1)

ได้รับเงินค่าจ้างแต่ละเดือน 2 แสนเยน (วันคิดเงินเดือนคือวันสิ้นเดือนของทุกเดือน) กรณีที่ได้รับอุบัติเหตุในเดือนตุลาคม

$$2 \text{ แสนเยน} \times 3 \text{ เดือน} \div 92 \text{ วัน (กรกฎาคม (31 วัน) + สิงหาคม (31 วัน) + กันยายน (30 วัน))} \doteq 6,522 \text{ เยน}$$

(ตัวอย่าง 2)

ได้รับการจ้างงานจาก 2 บริษัทซึ่งจ่ายเป็นเงินเดือน 200,000 เยนจากบริษัท A และเป็นเงินเดือน 100,000 เยนจากบริษัท B โดยคิดเงินเดือนในวันสิ้นเดือนของทุกเดือน กรณีที่เกิดอุบัติเหตุในเดือนกรกฎาคม

จะได้รับการจ่ายเงินรายวันพื้นฐานของบริษัท A

$$(2 \text{ แสนเยน}) \times 3 \text{ เดือน} \div 91 \text{ วัน [เมษายน (30 วัน) + พฤษภาคม (31 วัน) + มิถุนายน (30 วัน)]} = 6,593.40 \text{ เยน}$$

จะได้รับการจ่ายเงินรายวันพื้นฐานของบริษัท B

$$(1 \text{ แสนเยน}) \times 3 \text{ เดือน} \div 91 \text{ วัน [เมษายน (30 วัน) + พฤษภาคม (31 วัน) + มิถุนายน (30 วัน)]} = 3,296.70 \text{ เยน}$$

ยอดเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน

$$6,593.40 \text{ เยน} + 3,296.70 \text{ เยน} \doteq 9,891 \text{ เยน}$$

\* “ค่าจ้าง” จะไม่นับรวมค่าจ้างที่ได้รับเป็นพิเศษ และ ค่าจ้างที่ได้รับทุก ๆ ช่วงเวลาที่เกิน 3 เดือน อย่างไรก็ตาม “ค่าจ้างที่ได้รับทุก ๆ ช่วงเวลาที่เกิน 3 เดือน” อย่างเช่น เงินโบนัส นั้น ถ้ากำหนดอยู่ในจำนวนเงินประจำปีพิเศษครอบครัวสูญเสียแล้ว จะได้รับการคำนวณใน “จำนวนเงินคำนวณรายวันพื้นฐาน”

## ◇ จำนวนเงินคำนวณรายวันพื้นฐานคือ

โดยหลักการแล้ว จำนวนเงินคำนวณรายวันพื้นฐาน คือ จำนวนเงินที่คำนวณโดยใช้จำนวนเงินรวมที่ได้รับเป็นพิเศษจากบริษัทของพนักงานภายในระยะเวลา 1 ปีก่อนหน้าวันที่เกิดอุบัติเหตุที่เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บ หรือ เสียชีวิต หรือ วันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าได้อาการเจ็บป่วยแล้ว เนื่องจากการทำงาน หรือ การเดินทางไปทำงาน ซึ่งจะถือเป็นจำนวนเงินนี้เป็นเงินคำนวณรายปีพื้นฐาน และ เมื่อหารด้วย 365 ก็จะเป็นจำนวนเงินคำนวณรายวันพื้นฐาน

เงินที่ได้รับเป็นพิเศษ คือ เงินค่าจ้างที่ได้และไม่ได้ถูกรวมไว้ในการคำนวณจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน เช่น โบนัส ซึ่งได้รับการจ่ายทุก ๆ ช่วงเวลาที่ยาวนานกว่า 3 เดือน เป็นต้น (สำหรับเงินค่าจ้างที่ได้รับพิเศษเป็นครั้งคราว เช่น เงินค่าจ้างที่จ่ายให้แก่คู่สมรสเป็นพิเศษนั้น ไม่ถูกนำมารวมคำนวณเงินที่ได้รับเป็นพิเศษ)

นอกจากนี้ กรณีที่จำนวนเงินรวมที่ได้รับพิเศษนั้น เกิน 20% ของจำนวนเงินจ่ายรายปีพื้นฐาน (จำนวนเงินเท่ากับ 365 เท่าของเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน) แล้ว จะใช้จำนวน 20% ของจำนวนเงินจ่ายรายปีพื้นฐานเป็นจำนวนเงินคำนวณรายปีพื้นฐานแทน (โดยที่มีขอบเขตจำนวนเงินอยู่ไม่เกิน 1 ล้าน 5 แสนเยน)

โดยหลักการแล้ว จำนวนเงินคำนวณรายวันพื้นฐานสำหรับพนักงานที่ทำงานหลายแห่งจะเท่ากับยอดรวมเงินจ่ายรายปีพื้นฐานจากที่ทำงานต่าง ๆ หารด้วย 365

## การเจ็บป่วยทางสมองและหัวใจ

สำหรับ “ความเจ็บป่วยของเส้นเลือดในสมอง” เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ หรือ “ความเจ็บป่วยของหัวใจเหตุขาดเลือด” เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย ฯลฯ นั้น ความผิดปกติของเส้นเลือด ฯลฯ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่มาของการเกิดโรคดังกล่าว จะมีอาการแย่งจนทำให้เกิดโรคได้ ซึ่งโดยมากจะมีสาเหตุต่าง ๆ มาจากการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น อายุ นิสัยการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิต เป็นต้น หรือสาเหตุที่อยู่ภายในตัวของแต่ละคน เช่น พันธุกรรม เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การเจ็บป่วยเหล่านี้อาจมีสาเหตุหลักมาจากการทำงานด้วยเช่นกัน ถ้าเป็นการเจ็บป่วยทางสมองและหัวใจที่เกิดจาก “ภาวะในการทำงานที่หนักอย่างเห็นได้ชัด” แล้ว จะสามารถได้รับการชดเชยอุปถัมภ์ในการทำงานได้

<ความเจ็บป่วยที่อยู่ในขอบเขต>

○ ความเจ็บป่วยของเส้นเลือดในสมอง

- เลือดออกในสมอง
- โรคหลอดเลือดสมอง
- เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง
- โรคสมองเหตุความดันโลหิตสูง

○ ความเจ็บป่วยของหัวใจเหตุขาดเลือด

- กล้ามเนื้อหัวใจตาย
- ภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างรุนแรง
- อาการปวดเค้นหัวใจ
- ภาวะเลือดเกาะผนังหลอดเลือดแดงใหญ่
- ภาวะหัวใจหยุดเต้น (รวมถึงการเสียชีวิตกะทันหันจากภาวะหัวใจ)

## [เงื่อนไขในการรับรองเป็นอุปถัมภ์ในการทำงาน]

หากบรรลุเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ จะรับรองเป็นอุปถัมภ์ในการทำงาน

### 1. ภาระอย่างหนักในช่วงระยะยาว

ในช่วงเวลาอันยาวนานก่อนที่จะเกิดอาการได้ทำงานหนักเป็นพิเศษ จนทำให้ความเหนื่อยสะสมเป็นอย่างมาก

(1) ทำงานล่วงเวลาเกินกว่า 100 ชั่วโมงโดยประมาณในช่วงเวลา 1 เดือนก่อนเกิดอาการ (2) ทำงานล่วงเวลาเฉลี่ยแล้วเกินกว่าเดือนละ 80 ชั่วโมงโดยประมาณในช่วง 2-6 เดือนก่อนเกิดอาการ หรือ (3) ไม่ถึงเกณฑ์ตามข้อ (1) และ (2) ข้างต้น แต่ทำงานล่วงเวลาใกล้เคียงกับเกณฑ์ดังกล่าว และเป็นที่ยอมรับได้ว่ามีปัจจัยที่เป็นภาระ (\*) ที่อยู่ภายนอกชั่วโมงทำงานอยู่ในระดับหนึ่ง ในกรณีเหล่านี้สามารถประเมินว่าการทำงานและการเกิดอาการมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันในระดับสูง

### 2. ภาระอย่างหนักในช่วงระยะสั้น

ในช่วงใกล้ ๆ กับตอนที่อาการเกิดขึ้นได้ทำงานอย่างหนักเป็นพิเศษ

(1) กรณีที่การทำงานในช่วงระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่ก่อนเริ่มเกิดอาการจนถึงวันก่อนหน้านั้นหนักเป็นพิเศษ (2) แม้ในกรณีที่การทำงานในช่วงระหว่างตอนที่เกิดอาการขึ้นกับวันก่อนหน้านั้น ไม่หนักเป็นพิเศษ หากการทำงานในช่วงระหว่าง 1 สัปดาห์ก่อนการเกิดอาการนั้นมีความหนักหน่วงอย่างต่อเนื่องแล้ว นับได้ว่าการทำงานและการเกิดอาการมีความเกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ ในกรณีที่การพิจารณาระยะเวลาการทำงานเพียงอย่างเดียวไม่สามารถประเมินได้ว่ามีการงานหนักมากเกินไปหรือไม่ ขอให้ประเมินปัจจัยที่เป็นภาระ (\*) โดยพิจารณาโดยรวมให้ครอบคลุมทั้งภายในและภายนอกชั่วโมงทำงาน

### 3. สิ่งผิดปกติเกิดขึ้น

ประสบกับสิ่งผิดปกติภายในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ก่อนเริ่มเกิดอาการจนถึงวันก่อนหน้าที่เกิดอาการ ซึ่งสามารถระบุถึงสภาพการเกิดสิ่งผิดปกติดังกล่าวได้อย่างชัดเจนทั้งในเรื่องสถานที่และเวลา

อาจพิจารณาถึงกรณีที่ประสบกับภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจอย่างรุนแรง เช่น ความเครียด ความตื่นเต้น ความหวาดกลัว การตื่นตระหนกอย่างรุนแรง ฯลฯ ภาวะที่ถูกบังคับให้รับภาระทางร่างกายอย่างหนักหน่วงโดยฉับพลัน, การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมการทำงานขนาดใหญ่อย่างฉับพลัน เป็นต้น

\* พิจารณาวาชั่วโมงการทำงานที่ไม่แน่นอน (การทำงานเป็นเวลานานเกินควร การทำงานต่อเนื่องไม่มีวันหยุด การทำงานที่มีช่วงเวลาระหว่างงานสั้น การทำงานที่มีเวลาไม่แน่นอน การทำงานเป็นระบบกะ การทำงานเวลาดึก), การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางนอกสถานที่ทำงาน (การทำงานที่มีการเดินทางทำงานนอกสถานที่บ่อย การทำงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางนอกสถานที่ทำงาน), การทำงานที่เกี่ยวข้องกับภาระด้านจิตใจ, การทำงานที่เกี่ยวข้องกับภาระทางร่างกาย, และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (สภาพอุณหภูมิ เสียงดังรบกวน) เป็นปัจจัยที่เป็นภาระจากการทำงาน

[เงื่อนไขในการรับรองตามประเภทของการเจ็บป่วย ②]

## ความพิการทางประสาท

เชื่อกันว่าความพิการทางประสาทเกิดขึ้นโดยมีความเกี่ยวข้องระหว่างความตึงเครียดทางจิตใจ (stress) จากโลกภายนอก กับปฏิกิริยาของแต่ละบุคคลที่มีต่อความตึงเครียดที่วุ่นเป็นปัจจัยหลัก กรณีที่ความพิการทางประสาทของพนักงานนั้นได้รับการยอมรับว่าเกิดมาจากความตึงเครียดทางจิตใจ อันหนักหน่วงในการทำงานแล้ว สามารถได้รับการชดเชยของประกันอุบัติเหตุในการทำงาน

### [เงื่อนไขในการรับรองเป็นอุบัติเหตุในการทำงาน]

หากบรรลุเงื่อนไขทุกข้อดังต่อไปนี้ จะรับรองเป็นอุบัติเหตุในการทำงาน

#### 1. มีอาการของความพิการทางประสาทที่อยู่ในขอบเขตของมาตรฐานการรับรองอุบัติเหตุในการทำงาน

เป็นความพิการทางประสาทที่เข้าข่ายในบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 10 (ICD-10) บทที่ V “ความพิการทางประสาทและการกระทำ” (ไม่นับรวมโรคสมองเสื่อม หรือ อาการที่เกิดมาจากการบาดเจ็บภายนอกของศีรษะ)

(ตัวอย่าง) โรคซึมเศร้า, ปฏิกิริยาเฉียบพลันต่อความเครียด เป็นต้น

#### 2. ก่อนที่จะเกิดความพิการทางประสาทที่อยู่ในขอบเขตของมาตรฐานการรับรอง เป็นช่วงเวลาประมาณ 6 เดือน ได้รับการยอมรับว่า ได้รับการละเมิดทางประสาทที่สูงจากการทำงาน

(ตัวอย่าง) • กรณีที่ประสบอุบัติเหตุที่ทำให้กังวลถึงความตายของตนเอง

- กรณีที่มีการคุกคามทางจิตใจอย่างไม่ลดละ ซึ่งเห็นได้อย่างชัดเจนว่าไม่ใช่สิ่งที่จำเป็นในงาน เช่น การถูกหัวหน้างานหรือบุคคลอื่นในที่ทำงานปฏิบัติหรือนิสัยภาพหรือความเป็นมนุษย์ เป็นต้น
- กรณีที่มีการทำงานเป็นระยะเวลานาน

\*เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่า อย่างเช่น การกลั่นแกล้ง หรือ การคุกคามนั้น ถ้าเหตุการณ์เหล่านั้นเกิดขึ้นก่อนช่วงเวลา 6 เดือน ของการเกิดอาการ และเกิดขึ้นต่อเนื่องจนถึงการเกิดอาการของความพิการ สามารถประเมินความตึงเครียดทางจิตใจได้ตั้งแต่มีการเกิดเหตุการณ์นั้น ๆ

#### 3. ได้รับการยอมรับว่า ไม่ใช่เป็นความพิการทางประสาทที่เกิดจากภาระทางประสาทซึ่งไม่เกี่ยวกับงาน และปัจจัยส่วนบุคคล

ทำการประเมินอย่างรอบคอบว่า อาการความพิการไม่ได้เกิดมาจากเหตุการณ์ส่วนบุคคล (การหย่าร้าง การแยกกันอยู่กับคู่สมรส การเสียชีวิตของคู่สมรส บุตร บิดามารดา พี่น้อง ฯลฯ)

ซึ่งต้องตรวจสอบด้วยว่า มีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมอยู่ด้วยหรือไม่ เช่น อาการป่วยในอดีตที่เป็นความพิการทางประสาท โรคพิษสุราเรื้อรัง ฯลฯ กรณีที่มีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมอยู่ด้วย ขอให้ประเมินอย่างรอบคอบว่า ปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุที่มาของการเกิดอาการหรือไม่

## ความเจ็บป่วยทางมือและแขน

เมื่อพนักงานใช้มือและแขนมากเกินไปจนอาจมีอาการเจ็บขึ้นตรงคอ ไหล่ แขน มือ นิ้ว หรือมีความผิดปกติเกิดขึ้นตรงข้อต่อหรือเอ็น

ความเจ็บป่วยทางมือและแขน หมายถึง อาการของอักเสบหรือความผิดปกติเหล่านี้

<ประเภทความเจ็บป่วยหลัก ๆ>

- การอักเสบของเอ็นข้อศอกด้านนอก (การอักเสบของเอ็นข้อศอกด้านใน)
- กลุ่มอาการเส้นประสาทอัลนาบริเวณข้อศอกถูกกดทับ
- กลุ่มอาการอักเสบของกล้ามเนื้อในการบิดหมุนข้อมือ
- ภาวะข้อมืออักเสบ
- เอ็นอักเสบ
- การอักเสบของปลอกหุ้มเอ็นกล้ามเนื้อ
- กลุ่มอาการกดทับเส้นประสาทบริเวณข้อมือ
- กล้ามเนื้อมือหดเกร็ง
- อาการเกร็งของกล้ามเนื้อ
- กลุ่มอาการปวดคอรัวลงแขน

### [เงื่อนไขในการรับรองเป็นอับัตถิยในการทำงาน]

หากบรรลุเงื่อนไขทุกข้อดังต่อไปนี้ จะรับรองเป็นอับัตถิยในการทำงาน

#### 1. จำเป็นต้องเป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังทำงานซึ่งก่อปรด้วยงานที่เป็นภาระต่อมือและแขน\* เป็นหลักมาในช่วงเวลาพอสมควร (โดยหลักมากกว่า 6 เดือน)

เป็นประเภทของการทำงานดังต่อไปนี้

- ① งานที่มีการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ของมือและแขนมากมาย
- ② งานที่ต้องวางท่าข้อมือและแขนขึ้นทำ
- ③ งานที่มีการเคลื่อนไหวของคอ และ ไหล่บ่อย และต้องวางท่าเดียวกันตลอดในการทำงาน
- ④ งานที่เป็นภาระหนักต่อส่วนของร่างกายเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น มือและแขน

\* มือและแขน หมายถึง ส่วนหลังของศีรษะ คอ ส่วนไหล่ ต้นแขน ปลายแขน มือ และ นิ้ว

#### 2. จำเป็นต้องทำงานอันหนักหน่วงก่อนเกิดอาการ

กรณีที่ได้ทำงานที่เป็นภาระต่อมือและแขน ในช่วงเวลาก่อนเกิดอาการ 3 เดือน ในภาวะดังต่อไปนี้

- ภาวะปริมาณของงานคงที่  
ต้องทำงานมากกว่า 10% ต่อวันเมื่อเปรียบเทียบกับพนักงานคนอื่นซึ่งเป็นเพศเดียวกัน อายุคล้ายกัน และทำงานด้านเดียวกัน และต้องทำงานในภาวะเช่นนี้ต่อเนื่องกันประมาณ 3 เดือน
- ภาวะปริมาณของงานไม่คงที่
  - ① วันที่ต้องทำงานมากกว่า 20 % ต่อวันเมื่อเปรียบเทียบกับงานปกติ นั้น มีประมาณ 10 วันต่อ 1 เดือน และต้องทำงานในภาวะเช่นนี้ต่อเนื่องกันประมาณ 3 เดือน (ปริมาณทั้งหมดของงานในเดือนหนึ่ง ไม่จำเป็นต้องมีมากกว่าเดือนปกติ)
  - ② ปริมาณของงานต่อช่วงเวลา 1 ใน 3 ของเวลาทำงานทั้งหมดของ 1 วันนั้นมีมากกว่า 20 % ของวันปกติ ต้องทำงานในภาวะเช่นนี้ 10 วันต่อเดือน และต้องทำงานต่อเนื่องกันประมาณ 3 เดือน (ปริมาณของงานโดยเฉลี่ยต่อวันหนึ่งนั้น ไม่จำเป็นต้องมีมากกว่าวันปกติ)

\* เมื่อพิจารณาว่าพนักงานได้ทำงานอันหนักหน่วงหรือไม่นั้น จำเป็นต้องพิจารณาภาวะดังต่อไปนี้ด้วย

- การทำงานเวลายาวนาน, การทำงานที่ไม่หยุดต่อเนื่อง
- ความตึงเครียดเกินควร
- จังหวะของการทำงานที่ถูกบงการจากคนอื่น และ เร็วเกินควร
- สภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่เหมาะสม
- ภาระทางน้ำหนักอันเกินควร, ต้องใช้แรงมาก

#### 3. จำเป็นต้องได้รับการยอมรับทางการแพทย์ว่าการทำงานอันหนักหน่วงและขั้นตอนการเกิดอาการความเจ็บป่วยนั้นมีความเป็นเหตุเป็นผล

[เงื่อนไขในการรับรองตามประเภทของการเจ็บป่วย ④]

## อาการปวดหลังช่วงเอว

อาการปวดหลังช่วงเอวที่สามารถได้รับการคุ้มครองของประกันอุบัติเหตุในการทำงานนั้นมี 2 ประเภทดังต่อไปนี้ ซึ่งได้รับการยอมรับว่ามีความจำเป็นที่จะได้รับการรักษาทางการแพทย์ และต่างประเภทต่างมีเงื่อนไขในการรับรองเป็นอุบัติเหตุในการทำงาน

[เงื่อนไขในการรับรองเป็นอุบัติเหตุในการทำงาน]

### 1. อาการปวดหลังช่วงเอวที่มีสาเหตุที่เป็นอุบัติเหตุ

เป็นอาการปวดหลังช่วงเอวที่เกิดขึ้นจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น การบาดเจ็บ และบรรลุเงื่อนไข ① และ ② ทั้งสองข้อดังต่อไปนี้

- ① สามารถเข้าใจได้อย่างชัดเจนว่า การบาดเจ็บหลังช่วงเอวหรือผลกระทบของการเกิดแรงซึ่งเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บนั้น เกิดจากเหตุการณ์ฉับพลันที่เกิดขึ้นในเวลาการทำงาน
- ② สามารถรับรองได้ทางการแพทย์ว่า การเกิดแรงที่มีผลกระทบต่อเอวนั้นทำให้เกิดอาการปวดหลังช่วงเอว หรือ ทำให้อาการปวดเอวที่เคยมีมาหรืออาการพื้นฐานหนักขึ้นเป็นอย่างมาก

### 2. อาการปวดหลังช่วงเอวที่มีสาเหตุที่ไม่เป็นอุบัติเหตุ

เป็นอาการปวดหลังช่วงเอวที่เกิดขึ้นต่อพนักงานที่ทำงานที่เป็นภาระหนักอันเกินควรต่อเอว อย่างเช่น งานที่ต้องขนของหนักซึ่งเป็นอาการที่ได้รับการยอมรับว่าเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานโดยพิจารณาจากสภาพของการทำงานและช่วงเวลาของการทำงาน

อาการปวดหลังช่วงเอวที่มีสาเหตุที่ไม่เป็นอุบัติเหตุ นั้นถูกแบ่งออกเป็น 2 ประเภทดังต่อไปนี้ โดยพิจารณาสาเหตุของการเกิดอาการ

#### ◇ อาการปวดหลังช่วงเอวที่เกิดจากความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อ

อาการปวดหลังช่วงเอวที่เกิดจากความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงานดังตัวอย่างต่อไปนี้ ในช่วงเวลาค่อนข้างสั้น (ประมาณมากกว่า 3 เดือน) นั้นได้รับการคุ้มครองของประกันอุบัติเหตุในการทำงาน

- การทำงานที่ขนของหนักที่มีความหนักประมาณมากกว่า 20 กิโลกรัม หรือขนของต่าง ๆ ที่มีความหนักแตกต่างกันในท่าทางกึ่งนั่งกึ่งยืนซ้ำแล้วซ้ำเล่า
- การทำงานที่ต้องทำด้วยท่าทางที่ไม่เป็นธรรมชาติต่อส่วนเอว วันละประมาณ 2-3 ชั่วโมง
- การทำงานที่ไม่สามารถยืนขึ้นได้ในเวลาอันยาวนาน และต้องทำด้วยท่าทางเดียวกันตลอด
- การทำงานที่เกิดแรงสะเทือนอันใหญ่หลวงต่อส่วนเอว และแรงสะเทือนนั้นเกิดขึ้นต่อเนื่อง

#### ◇ อาการปวดหลังช่วงเอวที่เกิดจากกระดูกผิดรูป

อาการปวดหลังช่วงเอวที่เกิดจากกระดูกผิดรูปเนื่องจากการทำงานขนของหนักดังต่อไปนี้ ในช่วงเวลาค่อนข้างนาน (ประมาณมากกว่า 10 ปี) ต่อเนื่องกันนั้นได้รับการคุ้มครองของประกันอุบัติเหตุในการทำงาน

- การทำงานที่ขนของที่มีความหนักประมาณมากกว่า 30 กิโลกรัม ในช่วงเวลา 1 ใน 3 ของเวลาการทำงานทั้งหมด
- การทำงานที่ขนของที่มีความหนักประมาณมากกว่า 20 กิโลกรัม ในช่วงเวลา 1 ใน 2 ของเวลาการทำงานทั้งหมด

\* อาการปวดหลังช่วงเอวที่เกิดจากกระดูกผิดรูปนั้นได้รับการคุ้มครองของประกันอุบัติเหตุในการทำงานต่อเมื่อการผิดรูปนั้น “เกิดขึ้นเป็นอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับกระดูกที่ผิดรูปของกระดูกที่เกิดขึ้นจากอายุ” เท่านั้น

## การจ่าย (ชดเชย) การรักษา ฯลฯ

กรณีที่พนักงานได้รับบาดเจ็บ หรือ เจ็บป่วย ด้วยสาเหตุจากการทำงาน หรือ การเดินทางไปทำงาน แล้วต้องเข้ารับการรักษานั้น จะได้รับการจ่ายชดเชยการรักษา (กรณีอุบัติเหตุในการทำงาน), การจ่ายชดเชยการรักษาพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (สำหรับอุบัติเหตุจากเหตุในการทำงานหลายแห่ง) หรือ การจ่ายการรักษา (กรณีอุบัติเหตุในการเดินทางไปทำงาน) จนกว่าอาการเจ็บป่วย ฯลฯ นั้น จะได้รับการ “รักษาจนอาการคงที่”

### รายละเอียดการจ่าย

การจ่าย (ชดเชย) การรักษา ฯลฯ นั้นมี “การจ่ายค่ารักษา” และ “การจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษา”

- “การจ่ายค่ารักษา” นั้นคือการจ่ายค่ารักษาให้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เมื่อเข้ารับการรักษา หรือ รับยา ที่โรงพยาบาลที่เข้าร่วมการประกันอุบัติเหตุในการทำงาน หรือ หน่วยงานทางการแพทย์ หรือ ร้านขายยา ที่การประกันอุบัติเหตุในการทำงานกำหนด (ต่อไปนี้จะเรียกว่า “หน่วยงานทางการแพทย์ที่กำหนด ฯลฯ”)
- “การจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษา” นั้นคือกรณีที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานทางการแพทย์หรือร้านขายยานอกเหนือจากที่กำหนด เนื่องจากไม่มีหน่วยงานทางการแพทย์ที่กำหนด ฯลฯ ในบริเวณใกล้เคียง เป็นต้น ในกรณีนี้จะทำการจ่ายเป็นเงินสดสำหรับค่าใช้จ่ายที่ได้ใช้ไปในการรักษา

ขอบเขตและระยะเวลาการรักษาที่เข้าข่ายการจ่ายนั้น เหมือนกันทั้งสองกรณี

การจ่าย (ชดเชย) การรักษา ฯลฯ นั้น จะทำการจ่าย ค่ารักษา ค่าเข้าโรงพยาบาล ค่าขนส่ง ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการรักษาโดยปกติ จนกว่าอาการเจ็บป่วยนั้นจะถูกรักษาจนอาการคงที่ (อาการคงที่รักษาไม่ได้) แล้ว

### ◇ “รักษาจนอาการคงที่” คือ

ไม่ได้หมายถึงสภาพที่ได้รับการฟื้นฟูจนอวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกายกลับสู่สภาพแข็งแรงปกติอย่างสมบูรณ์แล้วเท่านั้น แต่หมายถึงการที่อาการเจ็บป่วยนั้นคงที่ ซึ่งแม้ว่าทำการรักษาซึ่งได้รับการยอมรับโดยทั่วไปทางการแพทย์\*1 แล้วก็ตาม ผลลัพธ์ของการรักษานั้นไม่สามารถคาดหวังได้อีก\*2 (สภาวะ “อาการคงที่รักษาไม่ได้”)

ด้วยเหตุนี้ “กรณีที่อาการเจ็บป่วยนั้น สามารถมีอาการดีขึ้นได้เพียงชั่วคราว ด้วยการใช้ยา หรือ การรักษาทางการแพทย์” เป็นต้น ถ้าได้รับการพิจารณาแล้วว่า ถึงแม้จะยังมีอาการเจ็บป่วยหลงเหลืออยู่ แต่ก็ไม่สามารถคาดหวังผลลัพธ์ของการรักษาได้อีก ประกันอุบัติเหตุในการทำงานถือว่าเป็น “รักษาจนอาการคงที่” (อาการคงที่รักษาไม่ได้) และจะไม่ทำการจ่าย (ชดเชย) การรักษา ฯลฯ อีกต่อไป

(\*1) “การรักษาซึ่งได้รับการยอมรับโดยทั่วไปทางการแพทย์” คือ ขอบเขตของการรักษาของประกันอุบัติเหตุในการทำงานที่ได้รับการยอมรับ (โดยพื้นฐานแล้วเป็นไปตามประกันสุขภาพ) ด้วยเหตุนี้ วิธีการรักษาที่ยังอยู่ในขั้นการทดลอง หรือ การวิจัย จะไม่สามารถรวมอยู่ในการรักษาที่กำหนดในที่นี้

(\*2) “ผลลัพธ์ของการรักษานั้นไม่สามารถคาดหวังได้อีก” คือสภาวะที่ไม่สามารถคาดหวัง การฟื้นฟู หรือ การดีขึ้นของอาการเจ็บป่วยนั้น ๆ ได้อีกแล้ว

## ขั้นตอนการยื่นเรื่อง

### ● กรณียื่นเรื่องการจ่ายค่ารักษา

ขอให้ยื่นใบร้องขอการจ่ายค่ารักษา สำหรับการจ่ายค่าชดเชยการรักษา และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ที่ทำงานหลายแห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข 5) หรือใบร้องขอการจ่ายค่ารักษา สำหรับการจ่ายค่ารักษา (แบบฟอร์มหมายเลข 16-3) ผ่านทางหน่วยงานทางการแพทย์ที่กำหนด ฯลฯ ที่เข้ารับการรักษา ไปยังหัวหน้าผู้ดูแลของกรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ

### ● กรณียื่นเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา

โปรดยื่นใบคำร้องขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาสำหรับการชดเชยทางการแพทย์และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ของแรงงานที่ทำงานหลายแห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข 7) หรือใบคำร้องขอรับค่าใช้จ่ายในการรักษาสำหรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (แบบฟอร์มหมายเลข 16-5) ต่อหัวหน้าสำนักงานมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ นอกจากนี้ กรณีได้รับยาจากร้านขายยา โปรดยื่นแบบฟอร์มหมายเลข 7-2 หรือ 16-5-2 หรือกรณีได้รับการบำบัดด้วยการนวดจัดกระดูก โปรดยื่นแบบฟอร์มหมายเลข 7-3 หรือ 16-5-3 หรือกรณีได้รับการบำบัดด้วยการฝังเข็ม ลนไฟ หรือนวดกดจุด โปรดยื่นแบบฟอร์มหมายเลข 7-4 หรือ 16-5-4 หรือกรณีได้รับการรักษาพยาบาลที่บ้านพักโดยบริษัทผู้ให้บริการดูแลรักษาที่บ้าน โปรดยื่นแบบฟอร์มหมายเลข 7-5 หรือ 16-5-5

### ● เมื่อเปลี่ยนหน่วยงานทางการแพทย์ที่กำหนด ฯลฯ

ผู้ที่ได้รับการจ่ายค่ารักษาที่หน่วยงานทางการแพทย์ที่กำหนด ฯลฯ อยู่แล้ว ต้องการเปลี่ยนไปใช้บริการ หน่วยงานทางการแพทย์ที่กำหนด ฯลฯ แห่งอื่น เนื่องจากเหตุผล เช่น เส้นทางในการเดินทาง เป็นต้น หลังจากทำการเปลี่ยนแล้ว ขอให้ทำการยื่นเรื่อง “ใบแจ้ง (การเปลี่ยน) โรงพยาบาลกำหนด ฯลฯ การจ่ายรักษา สำหรับการจ่ายชดเชยการรักษาและการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ทำงานหลายแห่ง” (แบบฟอร์มหมายเลข 6) หรือ “ใบแจ้งการเปลี่ยนโรงพยาบาลกำหนด ฯลฯ การจ่ายค่ารักษา สำหรับการจ่ายค่ารักษา” (แบบฟอร์มหมายเลข 16-4) ผ่านทางหน่วยงานทางการแพทย์ที่กำหนด ฯลฯ แห่งใหม่ ไปยังหัวหน้าผู้ดูแลของกรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ

\* สำหรับการรับการรักษาจากหน่วยงานทางการแพทย์ ร้านขายยา ฯลฯ ที่ไม่ได้เป็นหน่วยงานทางการแพทย์ที่กำหนด ฯลฯ เมื่อเปลี่ยนมาเป็นหน่วยงานทางการแพทย์ที่กำหนด ฯลฯ ไม่จำเป็นต้องยื่นแบบฟอร์มหมายเลข 6 หรือแบบฟอร์มหมายเลข 16-4 แต่โปรดยื่นแบบฟอร์มหมายเลข 5 และแบบฟอร์มหมายเลข 16-3

## สำหรับค่าเดินทางไปโรงพยาบาล

สำหรับค่าเดินทางไปโรงพยาบาลนั้น โดยหลักการแล้วถ้าเป็นการเดินทางไปโรงพยาบาลที่ห่างจากที่พักอาศัย หรือ ที่ทำงานของพนักงาน 2 กิโลเมตร\*1 และเป็นไปตามเงื่อนไข ข้อใดข้อหนึ่งตั้งแต่ ① ถึง ③ แล้ว จะทำการจ่ายค่าเดินทางนั้นให้ได้

- ① กรณีที่เป็นการเดินทางไปหน่วยงานทางการแพทย์ที่เหมาะสม\*2 ที่อยู่ภายในห้องถิ่นเขตเดียวกัน
- ② กรณีที่อยู่ในห้องถิ่นเขตเดียวกันไม่มีหน่วยงานทางการแพทย์ที่เหมาะสมตั้งอยู่ จึงเดินทางไปยังหน่วยงานทางการแพทย์ในห้องถิ่นเขตที่ติดกัน (รวมถึงกรณีที่ไม่มีหน่วยงานทางการแพทย์ที่เหมาะสมในห้องถิ่นเขตเดียวกัน แต่ว่าการเดินทางไปยังหน่วยงานทางการแพทย์ในห้องถิ่นที่ติดกันนั้นสะดวกกว่า)
- ③ กรณีที่อยู่ในห้องถิ่นเขตเดียวกัน และ ห้องถิ่นเขตที่ติดกัน ไม่มีหน่วยงานทางการแพทย์ที่เหมาะสมตั้งอยู่ จึงเดินทางไปยังหน่วยงานทางการแพทย์ที่ใกล้ที่สุด

(\*1) แม้ว่าแค่ขาไปอย่างเดียวระยะทางไม่ถึง 2 กิโลเมตร ในบางกรณีก็จะมีค่าเดินทางไปโรงพยาบาล

(\*2) หน่วยงานทางการแพทย์ที่เหมาะสม คือหน่วยงานที่เหมาะสมในการวินิจฉัยและรักษาการเจ็บป่วยนั้น

### ระยะเวลาที่มีผล

เนื่องจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นสวัสดิการ จึงไม่จำกัดระยะเวลาในการยื่นเรื่อง อย่างไรก็ตาม หากไม่ยื่นคำร้องภายใน 2 ปี นับจากวันถัดไปของวันที่ได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล จะไม่มีสิทธิในการยื่นคำร้องเพื่อเบิกค่ารักษาพยาบาล

## การจ่าย (ชดเชย) การหยุดงาน ฯลฯ

กรณีที่พนักงานได้รับบาดเจ็บ หรือ เจ็บป่วยในการทำงาน หรือ ในการเดินทางไปทำงาน ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ และ ไม่ได้รับเงินค่าจ้าง จะสามารถได้รับการจ่ายชดเชยการหยุดงาน (กรณีที่อุบัติเหตุในการทำงาน) หรือ การจ่ายการหยุดงาน (กรณีที่อุบัติเหตุในการเดินทางไปทำงาน) การจ่ายการหยุดงานพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (สำหรับอุบัติเหตุจากเหตุในการทำงานหลายแห่ง) นับตั้งแต่วันที่ 4 ในการหยุดงานเป็นต้นไป

### รายละเอียดการจ่าย

กรณีที่เป็นไปตามเงื่อนไข 3 ข้อดังต่อไปนี้แล้ว จะได้รับการจ่าย (ชดเชย) การหยุดงาน ฯลฯ และ เงินจ่ายพิเศษการหยุดงาน ตั้งแต่วันที่ 4 ที่หยุดงาน

- ① เพื่อที่จะเข้ารับการรักษาการบาดเจ็บ หรือ การเจ็บป่วย ที่เกิดจากการทำงาน หรือ การเดินทางไปทำงาน
- ② ไม่สามารถทำงานได้
- ③ ไม่ได้รับเงินค่าจ้าง

กรณีพนักงานที่ทำงานแห่งเดียว (พนักงานที่ถูกใช้งานในที่ทำงานแห่งเดียว)

• การจ่ายชดเชยการหยุดงาน / การจ่ายการหยุดงาน =  
(60% ของจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน) x จำนวนวันที่หยุดงาน

• เงินจ่ายพิเศษการหยุดงาน =  
(20% ของจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน) x จำนวนวันที่หยุดงาน

กรณีพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (พนักงานที่ถูกใช้งานในที่ทำงานหลายแห่งและไม่ใช่นายจ้างเดียวกัน)

• การจ่ายชดเชยการหยุดงาน / การจ่ายการหยุดงาน =  
(60% ของจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐานซึ่งเป็นยอดรวมจากที่ทำงานต่าง ๆ) x จำนวนวันที่หยุดงาน

• เงินจ่ายพิเศษการหยุดงาน =  
(20% ของจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐานซึ่งเป็นยอดรวมจากที่ทำงานต่าง ๆ) x จำนวนวันที่หยุดงาน

3 วันแรกของการหยุดงานเรียกว่าช่วงรอ ซึ่งตามกฎหมายแรงงานแล้ว ในช่วงนี้พนักงานจะได้รับการจ่ายชดเชยการหยุดงาน (60% ของค่าแรงเฉลี่ยต่อวัน) สำหรับอุบัติเหตุในการทำงาน อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่เป็นการบาดเจ็บจากเหตุในการทำงานหลายแห่งหรืออุบัติเหตุจากการเดินทางไปทำงาน จะไม่มีข้อบังคับทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบเรื่องเงินชดเชยโดยนายจ้าง

นอกจากนี้ ในกรณีที่พนักงานหยุดงานเพียงบางช่วงเวลาของชั่วโมงทำงานตามตารางงานของตนเพื่อไปโรงพยาบาล พนักงานจะสามารถรับ 60% ของจำนวนเงินการจ่ายเงินรายวันพื้นฐานสำหรับช่วงเวลาที่หยุดงาน

### ขั้นตอนการยื่นเรื่อง

ขอให้ยื่น “ใบร้องขอการจ่ายชดเชยการหยุดงาน / การจ่ายการหยุดงานพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง” (แบบฟอร์มหมายเลข 8) หรือ “ใบร้องขอการจ่ายการหยุดงาน” (แบบฟอร์มหมายเลข 16-6) ต่อหัวหน้าผู้ดูแลของกรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ

### ระยะเวลาที่มีผล

การจ่าย (ชดเชย) การหยุดงาน ฯลฯ นั้น จะมีสิทธิในการยื่นเรื่องสำหรับทุก ๆ วันที่ไม่สามารถได้รับค่าจ้าง เพราะไม่สามารถไปทำงานได้ เนื่องจากการรักษา ถ้าเวลาผ่านไป 2 ปี นับตั้งแต่วันที่ถัดจากนั้นไปแล้ว ก็จะไม่สิทธิในการยื่นเรื่องอีกต่อไป ดังนั้นจึงขอให้ระมัดระวัง

## เงินประจำปี (ชดเชย) การบาดเจ็บ ฯลฯ

กรณีที่ได้รับการบาดเจ็บ หรือ การเจ็บป่วย ที่เกิดจากการทำงาน หรือ การเดินทางไปทำงาน โดยที่ในวันที่ครบ 1 ปี 6 เดือน นับตั้งแต่วันที่เริ่มการรักษา, เงินประจำปีการบาดเจ็บ ฯลฯ ของพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (สำหรับอุบัติเหตุจากเหตุในการทำงานหลายแห่ง) หรือ หลังจากวันนั้น เป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้จะได้รับเงินประจำปีชดเชยการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุในการทำงาน) หรือ เงินประจำปีการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุในการเดินทางไปทำงาน)

- (1) การบาดเจ็บ หรือ การเจ็บป่วยนั้นยังไม่หาย
- (2) ระดับความพิการที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยนั้นเป็นไปตามระดับการบาดเจ็บที่ระบุในตารางระดับการบาดเจ็บ

### รายละเอียดการจ่าย

จะทำการจ่ายเงินประจำปี (ชดเชย) การบาดเจ็บ ฯลฯ เงินจ่ายพิเศษการบาดเจ็บ และเงินประจำปีพิเศษการบาดเจ็บตามระดับการบาดเจ็บ

| ระดับการบาดเจ็บ | เงินประจำปี (ชดเชย) การบาดเจ็บ ฯลฯ   | เงินจ่ายพิเศษการบาดเจ็บ (เงินงวด) | เงินประจำปีพิเศษการบาดเจ็บ            |
|-----------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| ระดับ 1         | 313 วันของจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน | 1 ล้าน 1 แสน 4 หมื่นเยน           | 313 วันของจำนวนเงินคำนวณรายวันพื้นฐาน |
| ระดับ 2         | 277 วันของจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน | 1 ล้าน 7 หมื่นเยน                 | 277 วันของจำนวนเงินคำนวณรายวันพื้นฐาน |
| ระดับ 3         | 245 วันของจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน | 1 ล้านเยน                         | 245 วันของจำนวนเงินคำนวณรายวันพื้นฐาน |

#### เดือนที่จ่ายเงินประจำปี

เงินประจำปี (ชดเชย) การบาดเจ็บ ฯลฯ นั้น จะได้รับการจ่ายตั้งแต่เดือนถัดจากเดือนที่ เป็นไปตามเงื่อนไขในการจ่าย (1) และ (2) ที่ระบุด้านบน โดยจะจ่ายในเดือนกุมภาพันธ์ เมษายน สิงหาคม ตุลาคม ธันวาคม ทั้งหมด 6 ช่วง โดยในแต่ละครั้งจะจ่ายส่วนของ 2 เดือนก่อนหน้านั้น

\* กรณีที่มีระดับการเจ็บป่วยนั้น ระดับ 1 หรือ ระดับ 2 มีความพิการของอวัยวะในช่องท้อง ระบบประสาท หรือ ทางสมอง และได้รับการดูแลอยู่ในปัจจุบัน จะสามารถรับการจ่าย (ชดเชย) การดูแล ฯลฯ ได้ (ดูหน้า 33)

### ขั้นตอนการยื่นเรื่อง

เนื่องจากการตัดสินใจ จะทำการจ่ายเงินประจำปี (ชดเชย) การบาดเจ็บ ฯลฯ หรือไม่นั้น อยู่ในอำนาจตัดสินใจของหัวหน้าผู้ดูแลของกรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ ดังนั้นไม่จำเป็นต้องดำเนินการยื่นเรื่องเอง แต่หลังจากเริ่มการรักษา ผ่านไป 1 ปี 6 เดือนแล้ว ถ้าการบาดเจ็บยังไม่หาย ต้องยื่น “ใบแจ้งสภาวะการเจ็บป่วย ฯลฯ” (แบบฟอร์มหมายเลข 16-2) ไปยัง หัวหน้าผู้ดูแลของกรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ ภายใน 1 เดือนหลังจากนั้น

## การจ่าย (ชดเชย) ความพิการ ฯลฯ

กรณีที่การบาดเจ็บ หรือ การเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน หรือ การเดินทางไปทำงานนั้นหายแล้ว แต่ยังคงเหลือความพิการทางร่างกายในระดับที่กำหนด จะสามารถได้รับการจ่ายชดเชยความพิการ (กรณีอุบัติภัยในการทำงาน), การจ่ายความพิการพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (สำหรับอุบัติภัยจากเหตุในการทำงานหลายแห่ง) หรือ การจ่ายความพิการ (กรณีอุบัติภัยในการเดินทางไปทำงาน)

### รายละเอียดการจ่าย

เมื่อความพิการที่หลงเหลืออยู่ เป็นไปตามระดับความพิการที่ระบุในตารางอธิบายระดับความพิการแล้ว จะได้รับการจ่ายตามระดับความพิการตามที่ระบุด้านล่าง

- ความพิการระดับ 1 ถึงระดับ 7  
เงินประจำปี (ชดเชย) ความพิการ ฯลฯ, เงินจ่ายพิเศษความพิการ, เงินประจำปีพิเศษความพิการ
- ความพิการระดับ 8 ถึงระดับ 14  
เงินงวด (ชดเชย) ความพิการ ฯลฯ, เงินจ่ายพิเศษความพิการ, เงินงวดพิเศษความพิการ

| ความพิการ | การจ่าย (ชดเชย) ความพิการ ฯลฯ | เงินจ่ายพิเศษความพิการ*               | เงินประจำปีพิเศษความพิการ | เงินงวดพิเศษความพิการ                    |
|-----------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------|
| ระดับ 1   | เงินประจำปี                   | เป็นจำนวน 313 วันของเงินรายวันพื้นฐาน | 3 ล้าน 4 แสน 2 หมื่นเยน   | เป็นจำนวน 313 วันของเงินค่าเวนคืนพื้นฐาน |
| ระดับ 2   |                               | เป็นจำนวน 277 วันของเงินรายวันพื้นฐาน | 3 ล้าน 2 แสนเยน           | เป็นจำนวน 277 วันของเงินค่าเวนคืนพื้นฐาน |
| ระดับ 3   |                               | เป็นจำนวน 245 วันของเงินรายวันพื้นฐาน | 3 ล้านเยน                 | เป็นจำนวน 245 วันของเงินค่าเวนคืนพื้นฐาน |
| ระดับ 4   |                               | เป็นจำนวน 213 วันของเงินรายวันพื้นฐาน | 2 ล้าน 6 แสน 4 หมื่นเยน   | เป็นจำนวน 213 วันของเงินค่าเวนคืนพื้นฐาน |
| ระดับ 5   |                               | เป็นจำนวน 184 วันของเงินรายวันพื้นฐาน | 2 ล้าน 2 แสน 5 หมื่นเยน   | เป็นจำนวน 184 วันของเงินค่าเวนคืนพื้นฐาน |
| ระดับ 6   |                               | เป็นจำนวน 156 วันของเงินรายวันพื้นฐาน | 1 ล้าน 9 แสน 2 หมื่นเยน   | เป็นจำนวน 156 วันของเงินค่าเวนคืนพื้นฐาน |
| ระดับ 7   |                               | เป็นจำนวน 131 วันของเงินรายวันพื้นฐาน | 1 ล้าน 5 แสน 9 หมื่นเยน   | เป็นจำนวน 131 วันของเงินค่าเวนคืนพื้นฐาน |
| ระดับ 8   | เงินงวด                       | เป็นจำนวน 503 วันของเงินรายวันพื้นฐาน | 6 แสน 5 หมื่นเยน          | เป็นจำนวน 503 วันของเงินค่าเวนคืนพื้นฐาน |
| ระดับ 9   |                               | เป็นจำนวน 391 วันของเงินรายวันพื้นฐาน | 5 แสนเยน                  | เป็นจำนวน 391 วันของเงินค่าเวนคืนพื้นฐาน |
| ระดับ 10  |                               | เป็นจำนวน 302 วันของเงินรายวันพื้นฐาน | 3 แสน 9 หมื่นเยน          | เป็นจำนวน 302 วันของเงินค่าเวนคืนพื้นฐาน |
| ระดับ 11  |                               | เป็นจำนวน 223 วันของเงินรายวันพื้นฐาน | 2 แสน 9 หมื่นเยน          | เป็นจำนวน 223 วันของเงินค่าเวนคืนพื้นฐาน |
| ระดับ 12  |                               | เป็นจำนวน 156 วันของเงินรายวันพื้นฐาน | 2 แสนเยน                  | เป็นจำนวน 156 วันของเงินค่าเวนคืนพื้นฐาน |
| ระดับ 13  |                               | เป็นจำนวน 101 วันของเงินรายวันพื้นฐาน | 1 แสน 4 หมื่นเยน          | เป็นจำนวน 101 วันของเงินค่าเวนคืนพื้นฐาน |
| ระดับ 14  |                               | เป็นจำนวน 56 วันของเงินรายวันพื้นฐาน  | 8 หมื่นเยน                | เป็นจำนวน 56 วันของเงินค่าเวนคืนพื้นฐาน  |

\* กรณีที่ได้รับเงินจ่ายพิเศษการบาดเจ็บ ที่เกิดจากอุบัติเหตุเดียวกันน้อยแล้วนั้น จะจ่ายส่วนต่างของเงินจำนวนนั้นให้

\* กรณีที่มีระดับความพิการนั้น ระดับ 1 หรือ ระดับ 2 มีความพิการของอวัยวะในช่องท้อง ระบบประสาท หรือทางสมอง และได้รับการดูแลอยู่ในปัจจุบัน จะสามารถรับการจ่าย (ชดเชย) การดูแล ฯลฯ ได้ (ดูหน้า 33)

### ขั้นตอนการยื่นเรื่อง

ขอให้อื่น “ใบร้องขอการจ่ายชดเชยความพิการ / การจ่ายชดเชยความพิการพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง” (แบบฟอร์มหมายเลข 10) หรือ “ใบร้องขอการจ่ายความพิการ” (แบบฟอร์มหมายเลข 16-7) ต่อหัวหน้าผู้ดูแลของกรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ

#### ระยะเวลาที่มีผล

การจ่าย (ชดเชย) ความพิการ ฯลฯ นั้น ถ้าเวลาผ่านไป 5 ปีนับจากวันถัดจากวันที่การเจ็บป่วยหายแล้ว ก็จะไม่สิทธิในการยื่นเรื่องอีกต่อไป ดังนั้นจึงขอให้ระมัดระวัง

## ตารางอธิบายระดับความพิการ

กฎข้อบังคับกฎหมายประกันชีวิตเขตสุขภาพแรงงาน

ตารางแนบที่หนึ่ง ตารางอธิบายระดับความพิการ

| ระดับความพิการ | รายละเอียดการจ่าย                                                            | ความพิการทางร่างกาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ระดับความพิการ | รายละเอียดการจ่าย        | ความพิการทางร่างกาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ระดับ 1        | ในระยะเวลา 1 ปี ที่มีความพิการนี้ จะจ่ายเงินจ่าย รายวันพื้นฐาน จำนวน 313 วัน | <ol style="list-style-type: none"> <li>ตาทั้งสองข้างมองไม่เห็น</li> <li>สูญเสียความสามารถในการเคี้ยว และการพูด</li> <li>มีความพิการทางระบบประสาท หรือ สมอ อย่างเห็นได้ชัด จน จำเป็นต้องรับการดูแลเป็นประจำ</li> <li>มีความพิการที่อวัยวะในช่องอก หรือช่องท้องอย่างเห็นได้ชัดจน จำเป็นต้องรับการดูแลเป็นประจำ</li> <li>ลบบอก</li> <li>สูญเสียแขนทั้งสองข้าง ตั้งแต่ ข้อศอกขึ้นไป</li> <li>สูญเสียความสามารถในการใช้ แขนทั้งสองข้าง</li> <li>สูญเสียขาทั้งสองข้าง ตั้งแต่หัวเข่า ขึ้นไป</li> <li>สูญเสียความสามารถในการใช้ขา ทั้งสองข้าง</li> </ol> | ระดับ 4        | เหมือนกับ ด้านบน 213 วัน | <ol style="list-style-type: none"> <li>ตาทั้งสองข้างที่สายตาดำกว่า 0.06</li> <li>มีความพิการในการเคี้ยวและการ พูด</li> <li>หูทั้งสองข้างไม่สามารถได้ยินได้</li> <li>สูญเสียแขนข้างหนึ่ง ตั้งแต่ข้อศอก ขึ้นไป</li> <li>สูญเสียขาข้างหนึ่ง ตั้งแต่หัวเข่า ขึ้นไป</li> <li>สูญเสียความสามารถในการใช้ นิ้ว มือของแขนทั้งสองข้าง</li> <li>สูญเสียขาทั้งสองข้าง ตั้งแต่กลาง ผ่าเท้าขึ้นไป</li> </ol>                                                                                                                                                                                  |
| ระดับ 2        | เหมือนกับ ด้านบน 277 วัน                                                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>ตาข้างหนึ่งมองไม่เห็นและอีกข้าง หนึ่งมีสายตาดำกว่า 0.02</li> <li>ตาทั้งสองข้าง มีสายตาดำกว่า 0.02</li> <li>2-2 มีความพิการทางระบบประสาท หรือสมออย่างเห็นได้ชัด จน จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นระยะ</li> <li>2-3 มีความพิการของอวัยวะในช่องอกหรือช่องท้องอย่างเห็นได้ชัดจน จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นระยะ</li> <li>3 สูญเสียข้อมือขึ้นไปในมือทั้งสอง ข้าง</li> <li>4 สูญเสียข้อเท้าขึ้นไปในขาทั้งสอง ข้าง</li> </ol>                                                                                        | ระดับ 5        | เหมือนกับ ด้านบน 184 วัน | <ol style="list-style-type: none"> <li>ตาข้างหนึ่งมองไม่เห็น และอีกข้าง หนึ่งมีสายตาดำกว่า 0.1</li> <li>1-2 มีความพิการทางระบบประสาท หรือสมออย่างเห็นได้ชัด จนสามารถ ทำได้เพียงงานเบาพิเศษเท่านั้น</li> <li>1-3 มีความพิการของอวัยวะในช่องอกหรือช่องท้องอย่างเห็นได้ชัดจน สามารถทำได้เพียงงานเบาพิเศษ เท่านั้น</li> <li>2 สูญเสียแขนข้างหนึ่ง ตั้งแต่ข้อมือ ขึ้นไป</li> <li>3 สูญเสียขาข้างหนึ่ง ตั้งแต่ข้อเท้า ขึ้นไป</li> <li>4 สูญเสียความสามารถในการใช้แขน ข้างหนึ่ง</li> <li>5 สูญเสียความสามารถในการใช้ขา ข้างหนึ่ง</li> <li>6 สูญเสียนิ้วเท้าของขาทั้งสองข้าง</li> </ol> |
| ระดับ 3        | เหมือนกับ ด้านบน 245 วัน                                                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>ตาข้างหนึ่งมองไม่เห็นและอีกข้าง หนึ่งมีสายตาดำกว่า 0.06</li> <li>2 สูญเสียความสามารถในการเคี้ยว หรือ การพูด</li> <li>3 มีความพิการทางระบบประสาทหรือ สมออย่างเห็นได้ชัดจนไม่สามารถ เข้าทำงานได้</li> <li>4 มีความพิการของอวัยวะในช่องอก หรือช่องท้องอย่างเห็นได้ชัดจนไม่ สามารถเข้าทำงานได้</li> <li>5 สูญเสียนิ้วมือทั้งหมดในมือทั้งสอง ข้าง</li> </ol>                                                                                                                                                    | ระดับ 6        | เหมือนกับ ด้านบน 156 วัน | <ol style="list-style-type: none"> <li>ตาทั้งสองข้างมีสายตาดำกว่า 0.1</li> <li>2 มีความพิการในการเคี้ยวหรือการ พูด</li> <li>3 หูทั้งสองข้างไม่สามารถได้ยินได้ ถ้า ไม่ใช้เสียงดัง ๆ ใกล้ ๆ หู</li> <li>3-2 หูข้างหนึ่งไม่สามารถได้ยิน และ อีกข้างหนึ่งนั้น ตั้งแต่ระยะ 40 เซนติเมตรขึ้นไป ไม่สามารถได้ยิน เสียงการสนทนาปกติได้</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                        |

| ระดับความพิการ | รายละเอียดการจ่าย           | ความพิการทางร่างกาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ระดับความพิการ | รายละเอียดการจ่าย                                  | ความพิการทางร่างกาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                |                             | <p>4 มีความเสียรูปร่างเห็นได้ชัดหรือความพิการในการเคลื่อนที่ของกระดูกสันหลัง</p> <p>5 สูญเสียความสามารถในการใช้แขนข้างหนึ่ง 2 ข้อต่อ ในข้อต่อหลัก 3 ข้อต่อ</p> <p>6 สูญเสียความสามารถในการใช้ขาข้างหนึ่ง 2 ข้อต่อ ในข้อต่อหลัก 3 ข้อต่อ</p> <p>7 สูญเสีย 5 นิ้วมือ หรือ 4 นิ้ว รวม นิ้วหัวแม่มือ ในมือข้างหนึ่ง</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ระดับ 8        | <p>เงินจ่ายรายวัน<br/>พื้นฐานจำนวน<br/>503 วัน</p> | <p>1 ตาข้างหนึ่งมองไม่เห็น หรืออีกข้างหนึ่งมีสายตาดำกว่า 0.02</p> <p>2 มีความพิการในการเคลื่อนที่ของกระดูกสันหลัง</p> <p>3 สูญเสีย 3 นิ้วมือ หรือ 2 นิ้ว รวม นิ้วหัวแม่มือ ในมือข้างหนึ่ง</p> <p>4 สูญเสียความสามารถในการใช้งาน 4 นิ้วมือ หรือ 3 นิ้ว รวม นิ้วหัวแม่มือ ในมือข้างหนึ่ง</p> <p>5 ขาข้างหนึ่งสั้นลงตั้งแต่ 5 เซนติเมตรขึ้นไป</p> <p>6 สูญเสียความสามารถในการใช้แขนข้างหนึ่ง 1 ข้อต่อ ในข้อต่อหลัก 3 ข้อต่อ</p> <p>7 สูญเสียความสามารถในการใช้ขาข้างหนึ่ง 1 ข้อต่อ ในข้อต่อหลัก 3 ข้อต่อ</p> <p>8 เกิดข้อต่อลงชั้นในแขนข้างหนึ่ง</p> <p>9 เกิดข้อต่อลงชั้นในขาข้างหนึ่ง</p> <p>10 สูญเสียนิ้วเท้าทั้งหมดของขาข้างหนึ่ง</p>                                                                                                    |
| ระดับ 7        | เหมือนกับ<br>ด้านบน 131 วัน | <p>1 ตาข้างหนึ่งมองไม่เห็น และอีกข้างหนึ่งมีสายตาดำกว่า 0.6</p> <p>2 หูทั้งสองข้าง ตั้งแต่ระยะ 40 เซนติเมตรขึ้นไป ไม่สามารถได้ยินเสียงการสนทนาปกติได้</p> <p>2-2 หูข้างหนึ่งไม่สามารถได้ยิน และอีกข้างหนึ่งตั้งแต่ระยะ 1 เมตรขึ้นไป ไม่สามารถได้ยินเสียงการสนทนาปกติได้</p> <p>3 มีความพิการทางระบบประสาท หรือ สมรรถนะสามารถทำได้เพียงงานเบาเท่านั้น</p> <p>4 ลบออก</p> <p>5 มีความพิการของอวัยวะในช่องอกหรือช่องท้องจนสามารถทำได้เพียงงานเบาเท่านั้น</p> <p>6 สูญเสีย 4 นิ้วมือ หรือ 3 นิ้ว รวม นิ้วหัวแม่มือ ในมือข้างหนึ่ง</p> <p>7 สูญเสียการใช้งาน 5 นิ้วมือ หรือ 4 นิ้ว รวม นิ้วหัวแม่มือ ในมือข้างหนึ่ง</p> <p>8 สูญเสียขาข้างหนึ่ง ตั้งแต่กลางฝ่าเท้าขึ้นไป</p> <p>9 เกิดข้อต่อลงชั้นในแขนข้างหนึ่ง และมีความพิการในการเคลื่อนที่อย่างเห็นได้ชัด</p> <p>10 เกิดข้อต่อลงชั้นในขาข้างหนึ่ง และมีความพิการในการเคลื่อนที่อย่างเห็นได้ชัด</p> <p>11 สูญเสียการใช้นิ้วเท้าของขาทั้งสองข้าง</p> <p>12 มีลักษณะน่าเกลียดในสภาวะภายนอกอย่างเห็นได้ชัด</p> <p>13 สูญเสียลูกอัณฑะทั้งสองข้าง</p> | ระดับ 9        | เหมือนกับ<br>ด้านบน 391 วัน                        | <p>1 ตาทั้งสองข้างมีสายตาดำกว่า 0.6</p> <p>2 ตาข้างหนึ่งมีสายตาดำกว่า 0.06</p> <p>3 ตาทั้งสองข้างมีสภาพกึ่งบอด มีขอบเขตสายตาดำแคบ หรือมีความผิดปกติในขอบเขตการมอง</p> <p>4 มีความบาดแผลอย่างเห็นได้ชัดของเปลือกตาทั้งสองข้าง</p> <p>5 มีความบาดแผลและความพิการในการใช้งานอย่างเห็นได้ชัดของงูมุก</p> <p>6 มีความพิการในการใช้งานในการเคี้ยว และการพูด</p> <p>6-2 หูทั้งสองข้าง ตั้งแต่ระยะ 1 เมตรขึ้นไป ไม่สามารถได้ยินเสียงการสนทนาปกติได้</p> <p>6-3 หูข้างหนึ่ง ไม่สามารถได้ยินได้ ถ้าไม่ใช่เสียงดัง ๆ ใกล้ ๆ ส่วนหูอีกข้างหนึ่ง ตั้งแต่ระยะ 1 เมตรขึ้นไป มีความยากลำบากในการได้ยินเสียงการสนทนาปกติได้</p> <p>7 หูข้างหนึ่งไม่สามารถได้ยินได้</p> <p>7-2 มีความพิการทางระบบประสาทหรือสมอง จึงสามารถทำงานได้ในระดับที่จำกัดเท่านั้น</p> |

| ระดับความพิการ | รายละเอียดการจ่าย       | ความพิการทางร่างกาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ระดับความพิการ | รายละเอียดการจ่าย       | ความพิการทางร่างกาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                |                         | <p>7-3 มีความพิการของอวัยวะในช่องอกหรือช่องท้อง จึงสามารถทำงานได้ในระดับจำกัดเท่านั้น</p> <p>8 สูญเสีย 2 นิ้วมือ หรือนิ้วหัวแม่มือ ในมือข้างหนึ่ง</p> <p>9 สูญเสียการใช้งาน 3 นิ้วมือ หรือ 2 นิ้ว รวมนิ้วหัวแม่มือ</p> <p>10 สูญเสียนิ้วเท้า 2 นิ้ว รวมนิ้วหัวแม่มือเท้าของขาข้างหนึ่ง</p> <p>11 สูญเสียการใช้งานของทุกนิ้วเท้าในขาข้างหนึ่ง</p> <p>11-2 มีลักษณะน่าเกลียดในสภาวะภายนอกในระดับค่อนข้างสูง</p> <p>12 มีความพิการทางอวัยวะเพศอย่างเห็นได้ชัด</p>                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                         | <p>1 มีความพิการอย่างเห็นได้ในการปรับ หรือ การเคลื่อนที่ของลูกตาทั้งสองข้าง</p> <p>2 มีความพิการอย่างเห็นได้ชัดในการเคลื่อนที่ของเปลือกตาทั้งสองข้าง</p> <p>3 มีความขาดแหว่งอย่างเห็นได้ชัดของเปลือกตาข้างหนึ่ง</p> <p>3-2 ต้องใส่เหล็กเสริมฟัน 10 ซี่ขึ้นไป</p> <p>3-3 หูทั้งสองข้างตั้งแต่ระยะ 1 เมตรขึ้นไป ไม่สามารถได้ยินเสียงเบา ๆ ได้</p> <p>4 หูข้างหนึ่งตั้งแต่ระยะ 40 เซนติเมตรขึ้นไป ไม่สามารถได้ยินเสียงการสนทนาปกติได้</p> <p>5 มีการเสียรูปของกระดูกสันหลัง</p> <p>6 สูญเสีย นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง ในมือข้างหนึ่ง</p> <p>7 ลบออก</p> <p>8 สูญเสียการใช้งาน 2 นิ้ว รวมนิ้วหัวแม่มือเท้า ในขาข้างหนึ่ง</p> <p>9 มีความพิการของอวัยวะในช่องอกหรือช่องท้อง จนเป็นอุปสรรคในการทำงานในระดับหนึ่ง</p>                                                                                                                         |
| ระดับ 10       | เหมือนกับด้านบน 302 วัน | <p>1 ตาข้างหนึ่ง มีสายตาดำกว่า 0.1</p> <p>1-2 มีภาวะเห็นภาพซ้อนในการมองตรง</p> <p>2 มีความพิการในการใช้งานในการเคี้ยวหรือการพูด</p> <p>3 ต้องใส่เหล็กเสริมฟัน 14 ซี่ขึ้นไป</p> <p>3-2 หูทั้งสองข้างตั้งแต่ระยะ 1 เมตรขึ้นไป มีความยากลำบากในการได้ยินเสียงการสนทนาปกติได้</p> <p>4 หูข้างหนึ่งไม่สามารถได้ยินได้ ถ้าไม่ใช่เสียงดัง ๆ โกลั ๆ</p> <p>5 ลบออก</p> <p>6 สูญเสียการใช้งาน 2 นิ้ว หรือนิ้วหัวแม่มือในมือข้างหนึ่ง</p> <p>7 ขาข้างหนึ่งสั้นลงตั้งแต่ 3 เซนติเมตรขึ้นไป</p> <p>8 สูญเสียนิ้วหัวแม่มือเท้า หรือนิ้วอื่น ๆ 4 นิ้วของขาข้างหนึ่ง</p> <p>9 มีความพิการอย่างเห็นได้ชัดในแขนข้างหนึ่ง 1 ข้อต่อ ในข้อต่อหลัก 3 ข้อต่อ</p> <p>10 มีความพิการอย่างเห็นได้ชัดในขาข้างหนึ่ง 1 ข้อต่อ ในข้อต่อหลักข้อต่อ</p> | ระดับ 11       | เหมือนกับด้านบน 223 วัน | <p>1 มีความพิการอย่างเห็นได้ชัดในการปรับ หรือ การเคลื่อนที่ของลูกตาข้างหนึ่ง</p> <p>2 มีความพิการอย่างเห็นได้ชัดในการเคลื่อนที่ของเปลือกตาข้างหนึ่ง</p> <p>3 ต้องใส่เหล็กเสริมฟัน 7 ซี่ขึ้นไป</p> <p>4 มีความขาดแหว่งอย่างขนาดใหญ่ของหูข้างหนึ่ง</p> <p>5 มีการเสียรูปอย่างเห็นได้ชัดของกระดูกไหปลาร้า กระดูกสันอก ซีโครง กระดูกหัวไหล่ และ กระดูกเชิงกราน</p> <p>6 สูญเสียการใช้งาน ในแขนข้างหนึ่ง 1 ข้อต่อ ในข้อต่อหลัก 3 ข้อต่อ</p> <p>7 สูญเสียการใช้งาน ในขาข้างหนึ่ง 1 ข้อต่อ ในข้อต่อหลัก 3 ข้อต่อ</p> <p>8 มีการเสียรูปของกระดูกท่อนยาว</p> <p>8-2 สูญเสียนิ้วก้อย ในมือข้างหนึ่ง</p> <p>9 สูญเสียการใช้งาน นิ้วชี้ นิ้วกลาง หรือนิ้วนาง ในมือข้างหนึ่ง</p> <p>10 สูญเสียนิ้วลำดับที่สองของเท้า ในขาข้างหนึ่ง สูญเสียนิ้วเท้าสองนิ้ว โดยรวมนิ้วลำดับที่สองของเท้า หรือ สูญเสียนิ้วเท้าสามนิ้ว โดยไม่รวมนิ้วเท้าลำดับที่สาม</p> |
|                |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ระดับ 12       | เหมือนกับด้านบน 156 วัน |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| ระดับความพิการ | รายละเอียดการจ่าย       | ความพิการทางร่างกาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ระดับความพิการ | รายละเอียดการจ่าย       | ความพิการทางร่างกาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                |                         | 11 สูญเสียการใช้งานของนิ้วหัวแม่มือหรือของนิ้วอื่น ๆ อีกสี่นิ้ว ในขาข้างหนึ่ง<br>12 มีอาการทางประสาทที่ควบคุมไม่ได้ในบางบริเวณ<br>13 ลบออก<br>14 มีลักษณะน่าเกลียดในสภาวะภายนอก                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ระดับ 13       | เหมือนกับด้านบน 101 วัน | 10 สูญเสียการใช้งานนิ้วลำดับที่สองของเท้าหรือสูญเสียการใช้งานสองนิ้ว รวมนิ้วลำดับที่สองของเท้า หรือ สูญเสียการใช้งานสามนิ้ว ตั้งแต่ นิ้วลำดับที่สามของเท้าลงไป ในขาข้างหนึ่ง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ระดับ 13       | เหมือนกับด้านบน 101 วัน | 1 ตาข้างหนึ่ง มีสายตาต่ำกว่า 0.6<br>2 ตาข้างหนึ่งมีสภาพกึ่งบอด มีขอบเขตสายตาแคบ หรือมีความผิดปกติในขอบเขตการมองเห็น<br>2-2 มีภาวะเห็นภาพซ้อนในการมองเห็นด้านอื่นที่ไม่ใช่มองตรง<br>3 มีความขาดแหว่งส่วนหนึ่งของเปลือกตาทั้งสองข้าง หรือขนตาหายไป<br>3-2 ต้องใส่เหล็กเสริมฟัน 5 ซี่ขึ้นไป<br>3-3 มีความพิการของอวัยวะในช่องอกหรือช่องท้อง<br>4 สูญเสียการใช้งานนิ้วก้อย ในมือข้างหนึ่ง<br>5 สูญเสียกระดูกนิ้วของนิ้วหัวแม่มือบางส่วน ในมือข้างหนึ่ง<br>6 ลบออก<br>7 ลบออก<br>8 ขาข้างหนึ่งสั้นลงตั้งแต่ 1 เซนติเมตรขึ้นไป<br>9 สูญเสียนิ้วลำดับที่สามของเท้าลงไปที่นิ้ว หรือ สองนิ้ว ในขาข้างหนึ่ง | ระดับ 14       | เหมือนกับด้านบน 56 วัน  | 1 มีความขาดแหว่งส่วนหนึ่งของเปลือกตาข้างหนึ่ง หรือ ขนตาเหลืออยู่<br>2 ต้องใส่เหล็กเสริมฟัน 3 ซี่ขึ้นไป<br>2-2 หูข้างหนึ่ง ตั้งแต่ระยะ 1 เมตรขึ้นไปไม่สามารถได้ยินเสียงเบา ๆ ได้<br>3 มีร่องรอยน่าเกลียดขนาดใหญ่ที่แขนข้างหนึ่ง<br>4 มีร่องรอยน่าเกลียดขนาดใหญ่ที่ขาข้างหนึ่ง<br>5 ลบออก<br>6 สูญเสียกระดูกของนิ้วมือที่ไม่ใช่ นิ้วหัวแม่มือส่วนหนึ่ง ในมือข้างหนึ่ง<br>7 นิ้วมือที่ไม่ใช่ นิ้วหัวแม่มือ มีข้อนิ้วที่ไม่สามารถยืดหรืองอได้<br>8 สูญเสียการใช้งานนิ้วลำดับที่สามของเท้าหนึ่งนิ้ว หรือ สองนิ้วในขาข้างหนึ่ง<br>9 มีอาการทางประสาทในบางบริเวณ<br>10 ลบออก |

#### หมายเหตุ

- 1 การวัดสายตานั้น ให้ใช้ตารางสากลในการวัดสายตา กรณีที่มีความผิดปกติทางสายตาเอียง ให้ใช้การวัดสายตาเอียง
- 2 การสูญเสียนิ้วมือนั้น คือ สำหรับนิ้วหัวแม่มือคือการสูญเสียตั้งแต่ปลายนิ้วมือ ส่วนนิ้วอื่น ๆ นั้นต้องเป็นการสูญเสียตั้งแต่ข้อต่อที่สองขึ้นไป
- 3 การสูญเสียการใช้นิ้วมือ คือ การสูญเสียกระดูกปลายนิ้วมากกว่าครึ่งหนึ่ง หรือ การที่มีความพิการในการเคลื่อนที่ข้อต่อปลายอย่างชัดเจน
- 4 การสูญเสียนิ้วเท้า นั้น คือ การสูญเสียไปทั้งนิ้ว
- 5 การสูญเสียการใช้นิ้วเท้า คือ สำหรับนิ้วหัวแม่มือเท้าคือการสูญเสียกระดูกปลายนิ้วมากกว่าครึ่งหนึ่ง ส่วนนิ้วอื่นต้องเป็นการสูญเสียตั้งแต่ข้อต่อปลายสุดขึ้นไป หรือ การที่มีความพิการในการเคลื่อนที่ข้อต่อกลางอย่างชัดเจน

## เงินงวดจ่ายล่วงหน้าเงินประจำปี (ชดเชย) ความพิการ ฯลฯ

ผู้ซึ่งมีกำหนดได้รับเงินประจำปี (ชดเชย) ความพิการ ฯลฯ นั้น สามารถรับการจ่ายเงินประจำปีล่วงหน้าได้ 1 ครั้งเท่านั้น

### รายละเอียดการจ่าย

จำนวนเงินงวดจ่ายล่วงหน้านั้น จะกำหนดตามระดับความพิการเป็นจำนวนที่กำหนด โดยสามารถเลือกจำนวนที่ต้องการได้

เมื่อมีการจ่ายเงินงวดจ่ายล่วงหน้าแล้ว เงินประจำปี (ชดเชย) ความพิการ ฯลฯ นั้น จะถูกระงับการจ่ายจนกว่าจำนวนรวมของจำนวนเงินที่จ่ายในแต่ละเดือน (ส่วนที่หลังจากผ่านไป 1 ปีแล้ว นำมาหักออกด้วยอัตราดอกเบี้ยตามที่กฎหมายกำหนด) จะถึงจำนวนเงินงวดจ่ายล่วงหน้า

| ระดับความพิการ | จำนวนเงินงวดจ่ายล่วงหน้า                                                                             |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ระดับ 1        | จำนวนจ่ายรายวันพื้นฐาน จำนวน 200 วัน, 400 วัน, 600 วัน, 800 วัน, 1,000 วัน, 1,200 วัน หรือ 1,340 วัน |
| ระดับ 2        | จำนวนจ่ายรายวันพื้นฐาน จำนวน 200 วัน, 400 วัน, 600 วัน, 800 วัน, 1,000 วัน หรือ 1,190 วัน            |
| ระดับ 3        | จำนวนจ่ายรายวันพื้นฐาน จำนวน 200 วัน, 400 วัน, 600 วัน, 800 วัน, 1,000 วัน หรือ 1,050 วัน            |
| ระดับ 4        | จำนวนจ่ายรายวันพื้นฐาน จำนวน 200 วัน, 400 วัน, 600 วัน, 800 วัน หรือ 920 วัน                         |
| ระดับ 5        | จำนวนจ่ายรายวันพื้นฐาน จำนวน 200 วัน, 400 วัน, 600 วัน, หรือ 790 วัน                                 |
| ระดับ 6        | จำนวนจ่ายรายวันพื้นฐาน จำนวน 200 วัน, 400 วัน, 600 วัน, หรือ 670 วัน                                 |
| ระดับ 7        | จำนวนจ่ายรายวันพื้นฐาน จำนวน 200 วัน, 400 วัน หรือ 560 วัน                                           |

### ขั้นตอนการยื่นเรื่อง

การยื่นเรื่อง เงินงวดจ่ายล่วงหน้าเงินประจำปี (ชดเชย) ความพิการ ฯลฯ นั้น โดยหลักการแล้วให้ทำการยื่นเรื่องพร้อมกับการยื่นเรื่องการจ่าย (ชดเชย) ความพิการ โดยใช้ "ใบร้องขอการจ่ายเงินงวดจ่ายล่วงหน้าเงินประจำปีชดเชยความพิการ เงินประจำปีความพิการ ฯลฯ เงินประจำปีความพิการพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง" (แบบฟอร์มหมายเลข 10) ไปยังหัวหน้าผู้ดูแลของกรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ อย่างไรก็ตาม ถ้าเป็นระยะเวลาภายใน 1 ปี ตั้งแต่วันถัดจากวันที่ได้รับแจ้งตกลงจ่ายเงินประจำปีแล้ว จะสามารถยื่นเรื่องได้ แม้จะเป็นหลังจากที่ได้รับเงินประจำปี (ชดเชย) ความพิการ ฯลฯ แล้วก็ตาม กรณีนี้ จะเป็นการยื่นเรื่องขอในขอบเขต จำนวนเงินสูงสุดตามระดับความพิการ หักออกด้วยจำนวนเงินประจำปีที่ได้จ่ายไปแล้วเท่านั้น

### ระยะเวลาที่มีผล

เงินงวดจ่ายล่วงหน้าเงินประจำปี (ชดเชย) ความพิการ ฯลฯ นั้น ถ้าเวลาผ่านไป 2 ปีนับจากวันถัดจากวันที่เจ็บป่วยหายแล้ว ก็จะไม่มีสิทธิในการยื่นเรื่องอีกต่อไป ดังนั้นจึงขอให้ระมัดระวัง

## เงินงวดจำนวนส่วนต่างเงินประจำปี (ขาดเซย) ความพิการ ฯลฯ

กรณีที่ผู้มีสิทธิได้รับเงินประจำปี (ขาดเซย) ความพิการ ฯลฯ เสียชีวิต และจำนวนเงินประจำปี (ขาดเซย) ความพิการ ฯลฯ และ เงินงวดจ่ายล่วงหน้าประจำปี (ขาดเซย) ความพิการ ฯลฯ ที่ได้จ่ายไปแล้วนั้น มีจำนวนรวมไม่เกินจำนวนที่กำหนดตามระดับความพิการแล้วนั้น จะทำการจ่ายเงินงวดจำนวนเงินส่วนต่างเงินประจำปี (ขาดเซย) ความพิการ ฯลฯ ให้กับครอบครัวผู้สูญเสีย

### รายละเอียดการจ่าย

จำนวนเงินงวดส่วนต่างเงินประจำปี (ขาดเซย) ความพิการ ฯลฯ นั้น เป็นจำนวนที่กำหนดตามระดับความพิการตามที่ระบุด้านล่าง หักออกด้วย จำนวนรวมของ เงินประจำปี และ เงินงวดจ่ายล่วงหน้าประจำปี (ขาดเซย) ความพิการ ฯลฯ ที่จ่ายไปแล้ว

และสำหรับเงินประจำปีพิเศษความพิการ ก็เช่นเดียวกันกับ เงินประจำปี (ขาดเซย) ความพิการ ฯลฯ กล่าวคือมีระบบจ่ายเงินงวดส่วนต่าง

| ระดับความพิการ | เงินงวดจำนวนส่วนต่างเงินประจำปี (ขาดเซย) ความพิการ ฯลฯ |           | เงินงวดจำนวนส่วนต่างเงินประจำปีพิเศษความพิการ |           |
|----------------|--------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------|-----------|
| ระดับ 1        | จำนวนจ่ายรายวันพื้นฐาน                                 | 1,340 วัน | จำนวนคำนวณรายวันพื้นฐาน                       | 1,340 วัน |
| ระดับ 2        | „                                                      | 1,190 วัน | „                                             | 1,190 วัน |
| ระดับ 3        | „                                                      | 1,050 วัน | „                                             | 1,050 วัน |
| ระดับ 4        | „                                                      | 920 วัน   | „                                             | 920 วัน   |
| ระดับ 5        | „                                                      | 790 วัน   | „                                             | 790 วัน   |
| ระดับ 6        | „                                                      | 670 วัน   | „                                             | 670 วัน   |
| ระดับ 7        | „                                                      | 560 วัน   | „                                             | 560 วัน   |

### ● ครอบครัวผู้สูญเสียที่สามารถได้รับการจ่ายเงินงวดจำนวนส่วนต่างเงินประจำปี (ขาดเซย) ความพิการ ฯลฯ

ครอบครัวผู้สูญเสียที่สามารถได้รับการจ่ายเงินงวดจำนวนส่วนต่างประจำปี (ขาดเซย) ความพิการ ฯลฯ คือ ครอบครัวผู้สูญเสียซึ่งตรงตามเงื่อนไข (1) หรือ (2) ต่อไปนี้ ลำดับที่สามารถได้รับการจ่ายนั้น ได้แก่ ลำดับ (1) , (2) [ในครอบครัวผู้สูญเสียที่เป็นไปตาม (1) , (2) ก็จะได้ลำดับ (1) , (2)]

- (1) ผู้ซึ่งได้ดำรงชีพโดยอาศัยรายได้ของพนักงานที่เสียชีวิตในเวลานั้น เช่น คู่สมรส [รวมถึงคู่สมรสที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส แต่มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสกันในความเป็นจริง เช่นเดียวกันกับใน (2)], บุตร, พ่อแม่, หลาน, ปุ๋ยตายาย และพี่น้อง
- (2) คู่สมรส, บุตร, พ่อแม่, หลาน, ปุ๋ยตายายและพี่น้องที่ไม่เป็นไปตาม (1)

## ขั้นตอนการยื่นเรื่อง

ขอให้ยื่นใบร้องขอการจ่ายเงินงวดจำนวนส่วนต่างเงินประจำปีชดเชยความพิการ, เงินงวดจำนวนส่วนต่างเงินประจำปีความพิการของพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง, เงินงวดจำนวนส่วนต่างเงินประจำปีความพิการ (แบบฟอร์มหมายเลข 37-2) ไปยังหัวหน้าผู้ดูแลของกรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ นอกจากนี้ขอให้แนบเอกสารดังต่อไปนี้ พร้อมกับใบคำร้อง

### ● เอกสารแนบที่จำเป็นในการยื่นเรื่อง

| กรณีเช่นนี้                                                                                            | เอกสารแนบ                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| เอกสารแนบที่จำเป็นเสมอ                                                                                 | เอกสาร เช่น สำเนาหรือใบทะเบียนบ้านฉบับย่อ ฯลฯ ซึ่งสามารถยืนยันความสัมพันธ์ของผู้ยื่นเรื่องกับพนักงานผู้เสียชีวิตได้ |
| กรณีที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรสกับผู้เสียชีวิต แต่ในความเป็นจริง ได้มีความสัมพันธ์แบบคู่สมรสกับผู้เสียชีวิต | เอกสารที่สามารถยืนยันความเป็นจริงได้                                                                                |
| กรณีที่ได้อำนาจโดยอาศัยรายได้จากพนักงานที่เสียชีวิต                                                    | เอกสารที่สามารถยืนยันความเป็นจริงได้                                                                                |

\*อาจจะมีการให้ยื่นเอกสารอื่น ๆ ด้วย

### ระยะเวลาที่มีผล

เงินงวดจำนวนส่วนต่างเงินประจำปี (ชดเชย) ความพิการ ฯลฯ นั้น ถ้าเวลาผ่านไป 5 ปีนับจากวันถัดจากวันที่พนักงานประสบภัยได้เสียชีวิต ก็จะไม่สิทธิในการยื่นเรื่องอีกต่อไป ดังนั้นจึงขอให้ระมัดระวัง

## การจ่าย (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ ค่างานศพ ฯลฯ (การจ่ายค่างานศพ)

กรณีที่พนักงานเสียชีวิตเนื่องจากการทำงานหรือการเดินทางไปทำงาน จะทำการจ่าย (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ ให้กับครอบครัวผู้สูญเสีย และจ่ายค่างานศพ ฯลฯ (การจ่ายค่างานศพ) ให้กับผู้ที่ดำเนินการจัดงานศพ

การจ่าย (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ นั้นมี 2 ชนิด ได้แก่ “เงินประจำปี (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ” และ “เงินงวด (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ”

### เงินประจำปี (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ

เงินประจำปี (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ นั้น จะจ่ายให้กับผู้ซึ่งมีลำดับความสำคัญสูงสุดในบรรดาผู้มีคุณสมบัติได้รับ ที่จะอธิบายต่อไป (ครอบครัวผู้สูญเสียที่มีคุณสมบัติได้รับ) (เรียกว่า ผู้มีสิทธิได้รับ)

### ผู้มีคุณสมบัติในการรับเงิน

ผู้ที่จะเป็นผู้มีคุณสมบัติในการรับเงินประจำปี (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ นั้น จะต้องเป็นผู้ซึ่งดำรงชีพโดยพึ่งพารายได้ของผู้เสียชีวิตนั้นในขณะที่พนักงานคนนั้นเสียชีวิต เช่น คู่สมรส บุตร พ่อแม่ หลาน ปุยาตายาย พี่น้อง ครอบครัวผู้สูญเสียคนอื่น ๆ นอกจากภรรยาของผู้เสียชีวิตนั้น จะต้องเป็นผู้สูงอายุ หรือผู้เยาว์ในระดับที่กำหนด หรือเป็นผู้มีความพิการระดับที่กำหนดเท่านั้น

ทั้งนี้ “การเป็นผู้ซึ่งดำรงชีพโดยพึ่งพารายได้ของผู้เสียชีวิตนั้นในขณะที่พนักงานคนนั้นเสียชีวิต” ไม่จำเป็นต้องเป็นการพึ่งพารายได้ของผู้เสียชีวิตโดยทั้งหมด หรือโดยหลัก แต่รวมถึงกรณีที่จะสามารถดำรงชีพได้อย่างพอเพียง โดยพึ่งพารายได้ของผู้เสียชีวิตส่วนหนึ่ง กล่าวคือ “ตนเองก็ทำงานหารายได้เองด้วยเช่นกัน” เป็นต้น

ลำดับของผู้มีสิทธิได้รับเงินเป็นไปตามนี้

- ① ภรรยา หรือ สามีสามีซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือ มีความพิการระดับที่กำหนด
- ② บุตร จนถึง วันที่ 31 เดือนมีนาคมแรกหลังจากอายุครบ 18 ปี หรือ มีความพิการระดับที่กำหนด
- ③ พ่อแม่ ซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือ มีความพิการระดับที่กำหนด
- ④ หลาน จนถึง วันที่ 31 เดือนมีนาคมแรกหลังจากอายุครบ 18 ปี หรือ มีความพิการระดับที่กำหนด
- ⑤ ปุยาตายาย ซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือ มีความพิการระดับที่กำหนด
- ⑥ พี่น้อง จนถึง วันที่ 31 เดือนมีนาคมแรกหลังจากอายุครบ 18 ปี หรือ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือ มีความพิการระดับที่กำหนด
- ⑦ สามี ที่มีอายุระหว่าง 55 ปีถึง 60 ปี
- ⑧ พ่อแม่ ที่มีอายุระหว่าง 55 ปีถึง 60 ปี
- ⑨ ปุยาตายาย ที่มีอายุระหว่าง 55 ปีถึง 60 ปี
- ⑩ พี่น้อง ที่มีอายุระหว่าง 55 ปีถึง 60 ปี

\* ความพิการระดับที่กำหนด คือ ระดับความพิการที่เป็นความพิการทางร่างกายระดับ 5 ขึ้นไป

\* กรณีคู่สมรส รวมถึงผู้ที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรสกับพนักงานผู้เสียชีวิต แต่มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสกันในความเป็นจริง นอกจากนี้ ถ้ากำลังตั้งครรภ์ของผู้เสียชีวิตอยู่ บุตรจะเป็นผู้มีคุณสมบัติได้รับ หลังการคลอดแล้ว

\* กรณีที่ผู้มีสิทธิลำดับสูงสุด สูญเสียสิทธิเนื่องจากเสียชีวิตแล้ว หรือแต่งงานใหม่ ผู้ที่อยู่ในลำดับถัดไปจะเป็นผู้มีสิทธิได้รับแทน

\* กรณีในข้อ ⑦- ⑩ สามี พ่อแม่ ปุยาตายาย พี่น้อง ที่มีอายุระหว่าง 55 ปีถึง 60 ปีนั้น แม้จะกลายเป็นผู้มีสิทธิได้รับแล้ว ก็จะไม่ได้รับเงินประจำปีจนกว่าจะอายุครบ 60 ปี

รายละเอียดการจ่าย

เงินประจำปี (ขาดเซย) ครอบครัวยุสยเสย ฯลฯ เงินจ่ายพิเศษครอบครัวยุสยเสย เงินประจำปีพิเศษ ครอบครัวยุสยเสย จะจ่ายตามจำนวนครอบครัวยุสยเสย ทั้งนี้ในกรณีที่มีผู้มีสิทธิได้รับ 2 คนขึ้นไป จะ นำจำนวนที่จ่ายแบ่งเท่า ๆ กันจ่ายให้กับผู้มีสิทธิแต่ละคน

| จำนวนคน    | เงินประจำปี (ขาดเซย) ครอบครัวยุสยเสย ฯลฯ                                                                                                                           | เงินจ่ายพิเศษครอบครัวยุสยเสย (เงินงวด) | เงินประจำปีพิเศษ ครอบครัวยุสยเสย                                                                                                                                  |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 คน       | เป็นจำนวน 153 วันของเงินรายวันพื้นฐาน (ทั้งนี้ ถ้า เป็นภรรยาที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป หรือ มีระดับความพิการ ระดับหนึ่ง จะได้รับเป็นจำนวน 175 วันของเงินรายวัน พื้นฐาน) | 3 ล้านเยน                              | เป็นจำนวน 153 วันของเงินค่าเวนพื้นฐาน (ทั้งนี้ ถ้าเป็นภรรยาที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป หรือ มีระดับความ พิการระดับหนึ่ง จะได้รับเป็นจำนวน 175 วันของเงิน ค่าเวนพื้นฐาน) |
| 2 คน       | เป็นจำนวน 201 วันของเงินรายวันพื้นฐาน                                                                                                                              |                                        | เป็นจำนวน 201 วันของเงินค่าเวนพื้นฐาน                                                                                                                             |
| 3 คน       | เป็นจำนวน 223 วันของเงินรายวันพื้นฐาน                                                                                                                              |                                        | เป็นจำนวน 223 วันของเงินค่าเวนพื้นฐาน                                                                                                                             |
| 4 คนขึ้นไป | เป็นจำนวน 245 วันของเงินรายวันพื้นฐาน                                                                                                                              |                                        | เป็นจำนวน 245 วันของเงินค่าเวนพื้นฐาน                                                                                                                             |

ขั้นตอนการยื่นเรื่อง

ขอให้ยื่นใบร้องขอการจ่ายเงินประจำปีขาดเซยครอบครัวยุสยเสย เงินประจำปีครอบครัวยุสยเสยพนักงานที่ทำงาน หลายแห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข 12) หรือ ใบร้องขอการจ่ายเงินประจำปีครอบครัวยุสยเสย (แบบฟอร์มหมายเลข 16-8) ไปยังหัวหน้าผู้ดูแลของกรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ

การยื่นเรื่องรับการจ่ายเงินจ่ายพิเศษนั้น โดยหลักการแล้ว ให้ยื่นเรื่องพร้อมกับการยื่นเรื่องการจ่าย (ขาดเซย) ครอบครัวยุสยเสย ฯลฯ และใช้แบบฟอร์มเดียวกันกับการจ่าย (ขาดเซย) ครอบครัวยุสยเสย ฯลฯ

● เอกสารแนบที่จำเป็นในการยื่นเรื่อง

\*อาจมีการให้ยื่นเอกสารอื่น ๆ ด้วย

| กรณีเช่นนี้                                                                                                                           | เอกสารแนบ                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| เอกสารแนบที่จำเป็นเสมอ                                                                                                                | เอกสารวินิจฉัยการเสียชีวิต เอกสารการชันสูตรศพ เอกสารการตรวจสอบ หรือ ใบรับรองหัวข้อที่ระบุพวกนี้ เอกสารที่สามารถรับรองข้อเท็จจริงการเสียชีวิตของ พนักงาน และวัน เดือน ปีที่เสียชีวิตได้ |
|                                                                                                                                       | เอกสาร เช่น สำเนาหรือใบทะเบียนบ้านฉบับย่อ ฯลฯ ซึ่งสามารถยืนยัน ความสัมพันธ์ของผู้ยื่นเรื่องและผู้มีคุณสมบัติอื่น ๆ กับพนักงานผู้เสียชีวิตได้                                           |
|                                                                                                                                       | เอกสารที่สามารถยืนยันได้ว่าผู้ยื่นเรื่องและผู้มีคุณสมบัติคนอื่น ๆ ดำรงชีพโดย พึ่งพารายได้จากพนักงานผู้เสียชีวิต                                                                        |
| กรณีที่ผู้ยื่นเรื่อง หรือ ผู้มีคุณสมบัติอื่น ๆ ไม่ได้จดทะเบียนสมรสกับพนักงาน ผู้เสียชีวิต แต่มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสกันเป็นความจริง | เอกสารที่สามารถยืนยันความเป็นจริงได้                                                                                                                                                   |
| กรณีที่ในบรรดาผู้ยื่นเรื่อง และผู้มีคุณสมบัติคนอื่น มีผู้ซึ่งมีความพิการในระดับ หนึ่ง จึงกลายเป็นผู้มีคุณสมบัติ                       | เอกสาร เช่น ใบวินิจฉัย ซึ่งสามารถยืนยันว่าสภาพความพิการดังกล่าวยังคงอยู่ ตั้งแต่ตอนที่พนักงานเสียชีวิต                                                                                 |
| กรณีที่ในบรรดาผู้มีคุณสมบัติ มีผู้ซึ่งดำรงชีพโดยอาศัยรายได้เช่นเดียวกับผู้ยื่น เรื่อง                                                 | เอกสารที่สามารถยืนยันความเป็นจริงได้                                                                                                                                                   |
| กรณีที่ภรรยามีความพิการ                                                                                                               | เอกสาร เช่น ใบวินิจฉัย ซึ่งสามารถยืนยันว่าหลังจากพนักงานเสียชีวิตนั้น ได้มี ความพิการอยู่แล้ว และความพิการนั้นเกิดขึ้น หรือ ความพิการนั้นได้หายไป                                      |
| กรณีที่ได้รับเงินประจำปีสวัสดิการครอบครัวยุสยเสย เงินประจำปีพื้นฐาน ครอบครัวยุสยเสย เงินประจำปีแม่หม้าย ฯลฯ ด้วยเหตุผลข้อเดียวกัน     | เอกสารที่สามารถยืนยันจำนวนเงินที่ได้รับได้                                                                                                                                             |

ระยะเวลาที่มีผล

เงินประจำปี (ขาดเซย) ครอบครัวยุสยเสย ฯลฯ นั้น ถ้าเวลาผ่านไป 5 ปีนับจากวันถัดจากวันที่พนักงาน ประสบภัยได้เสียชีวิต ก็จะไม่มีความสามารถในการยื่นเรื่องอีกต่อไป ดังนั้นจึงขอให้ระมัดระวัง

## เงินงวด (ขาดเชย) ครอบครัผู้สูญเสีย ฯลฯ

### (1) กรณีที่ได้รับการจ่ายเงินงวด (ขาดเชย) ครอบครัผู้สูญเสีย ฯลฯ

จะจ่ายให้ในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้

- ① กรณีที่เมื่อพนักงานเสียชีวิตแล้ว ไม่มีครอบครัผู้สูญเสียที่จะรับเงินประจำปี (ขาดเชย) ครอบครัผู้สูญเสีย ฯลฯ
- ② กรณีที่ผู้มีสิทธิได้รับ เงินประจำปี (ขาดเชย) ครอบครัผู้สูญเสีย ฯลฯ ทุกคนจนถึงลำดับสุดท้าย สูญเสียสิทธิ และจำนวนเงินรวมของเงินประจำปี และ เงินงวดจ่ายล่วงหน้าเงินประจำปี (ขาดเชย) ครอบครัผู้สูญเสีย ฯลฯ (หน้า 30) ที่จ่ายให้กับครอบครัผู้สูญเสียทุกคน รวมแล้วไม่ถึงจำนวน 1,000 วันของจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน

### (2) ผู้มีสิทธิได้รับ

ผู้มีสิทธิได้รับเงินงวด (ขาดเชย) ครอบครัผู้สูญเสีย ฯลฯ ได้แก่ ผู้ที่มีลำดับความสำคัญสูงสุดดังต่อไปนี้

- ② และ ③ นั้นเป็นไปตามลำดับ บุตร, พ่อแม่, หลาน, ปู่ย่าตายาย กรณีที่มีผู้อยู่ในลำดับเดียวกัน 2 คนขึ้นไป ทุกคนจะเป็นผู้มีสิทธิได้รับ
- ① คู่สมรส
- ② บุตร พ่อแม่ หลาน ปู่ย่าตายาย ที่ดำรงชีพโดยอาศัยพึ่งพารายได้จากพนักงานที่เสียชีวิต
- ③ บุตร พ่อแม่ หลาน ปู่ย่าตายาย อื่น ๆ
- ④ พี่น้อง

## รายละเอียดการจ่าย

### กรณี (1)-①

จ่ายเป็นจำนวน 1,000 วันของจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน

นอกจากนี้ จะทำการจ่ายเงินจำนวน 3 ล้านเยน เป็นเงินจ่ายพิเศษครอบครัผู้สูญเสีย และ เงินงวดพิเศษครอบครัผู้สูญเสีย เป็นจำนวน 1,000 วัน

### กรณี (1)-②

จ่ายเป็นจำนวน 1,000 วันของจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน หักออกด้วยจำนวนเงินรวมของเงินประจำปี (ขาดเชย) ครอบครัผู้สูญเสีย ฯลฯ ที่ได้จ่ายไปแล้ว

เงินประจำปีพิเศษครอบครัผู้สูญเสีย ที่จ่ายให้กับครอบครัผู้สูญเสียทุกคน จำนวนรวมไม่ถึง 1,000 วันของจำนวนเงินคำนวณพื้นฐานรายวัน จะทำการจ่ายเงินงวดพิเศษครอบครัผู้สูญเสีย เป็นจำนวนส่วนต่างระหว่างจำนวนเงินรวมนั้น และ จำนวน 1,000 วันของจำนวนเงินคำนวณพื้นฐานรายวัน (กรณีนี้ จะไม่มีการจ่ายเงินจ่ายพิเศษครอบครัผู้สูญเสีย)

## ขั้นตอนการยื่นเรื่อง

ขอให้ยื่นใบร้องขอการจ่ายเงินงวดชดเชยครอบครัวผู้สูญเสีย เงินงวดครอบครัวผู้สูญเสียพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข 15) หรือ ใบร้องขอการจ่ายเงินงวดครอบครัวผู้สูญเสีย (แบบฟอร์มหมายเลข 16-9) ไปยังหัวหน้าผู้ดูแลของกรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ

นอกจากนี้การยื่นเรื่องรับการจ่ายเงินจ่ายพิเศษนั้น โดยหลักการแล้ว ให้ยื่นเรื่องพร้อมกับการยื่นเรื่องเงินงวด (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ และใช้แบบฟอร์มเดียวกันกับเงินงวด (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ

### ● เอกสารแนบที่จำเป็นในการยื่นเรื่อง

| กรณีเช่นนี้                                                                                                                                                                                                                                                                                           | เอกสารแนบ                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| กรณีที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรสกับพนักงานผู้เสียชีวิต แต่มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสกันในความเป็นจริง                                                                                                                                                                                                        | เอกสารที่สามารถยืนยันความเป็นจริงได้                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| กรณีที่มีผู้ซึ่งดำรงชีพโดยอาศัยรายได้ของพนักงานที่เสียชีวิต                                                                                                                                                                                                                                           | เอกสารที่สามารถยืนยันความเป็นจริงได้                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| กรณีที่ในตอนที่พนักงานเสียชีวิต ไม่มีครอบครัวผู้สูญเสียซึ่งสามารถรับเงินประจำปี (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ ได้                                                                                                                                                                                    | ก. เอกสารวินิจฉัยการเสียชีวิต เอกสารชันสูตรศพ เอกสารการตรวจสอบ หรือใบรับรองหัวข้อที่ระบุพวกนี้ เอกสารที่สามารถรับรองข้อเท็จจริงการเสียชีวิตของพนักงาน และวัน เดือน ปีที่เสียชีวิตได้<br>ข. เอกสาร เช่น สำเนาหรือใบทะเบียนบ้านฉบับย่อ ฯลฯ ซึ่งสามารถยืนยันความสัมพันธ์ของผู้ยื่นเรื่องกับพนักงานผู้เสียชีวิตได้ |
| กรณีที่ผู้มีความสมบัติรับเงินประจำปี (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ จนถึงลำดับสุดท้าย สูญเสียสิทธิหมดทุกคน แล้วจำนวนเงินประจำปี และเงินงวดจ่ายล่วงหน้าเงินประจำปี (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ ที่ได้ทำการจ่ายให้กับครอบครัวผู้สูญเสียทุกคนมีจำนวนรวมไม่ถึงจำนวน 1,000 วัน ของเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน | เอกสารตามข้อ ข. ด้านบน                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

\*อาจมีการขอให้ยื่นส่งเอกสารอื่นนอกเหนือจากนี้

### ระยะเวลาที่มีผล

เงินงวด (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ นั้น เช่นเดียวกับกรณีเงินประจำปี (ชดเชย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ ถ้าเวลาผ่านไป 5 ปีนับตั้งแต่วันถัดจากวันที่ผู้ประสบภัยเสียชีวิตไปแล้ว ก็จะไม่มียกเว้นในการยื่นเรื่องอีกต่อไป ดังนั้นจึงขอให้ระมัดระวัง

## เงินงวดจ่ายล่วงหน้าเงินประจำปี (ขาดเซย) ครอบครัผู้สูญเสีย ฯลฯ

สามารถได้รับการจ่ายเงินล่วงหน้าเงินประจำปีได้ 1 ครั้งเท่านั้น นอกจากนี้ผู้ซึ่งไม่ได้รับเงินประจำปีอีกต่อไป เนื่องจากอายุเกินที่กำหนดแล้ว ก็สามารถรับการจ่ายเงินล่วงหน้า ฯลฯ ได้

### รายละเอียดการจ่าย

จำนวนเงินงวดจ่ายล่วงหน้านั้น สามารถเลือกได้ จากจำนวนต่อไปนี้ 200 วัน, 400 วัน, 600 วัน, 800 วัน, 1,000 วันของจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน

ทั้งนี้ ถ้าได้รับการจ่ายเงินงวดจ่ายล่วงหน้าแล้ว จะไม่ได้รับการจ่ายเงินประจำปี (ขาดเซย) ครอบครัผู้สูญเสีย ฯลฯ จนกว่าจำนวนรวมของจำนวนเงินที่จ่ายในแต่ละเดือน (ส่วนที่หลังจากผ่านไป 1 ปีแล้ว นำมาหักออกด้วยอัตราดอกเบี้ยตามกฎหมายกำหนด) จะถึงจำนวนเงินงวดจ่ายล่วงหน้าเท่านั้น

### ขั้นตอนการยื่นเรื่อง

โดยหลักการแล้ว ให้ทำการยื่นเรื่องพร้อมกับการยื่นเรื่อง เงินประจำปี (ขาดเซย) ครอบครัผู้สูญเสีย ฯลฯ โดยยื่นใบร้องขอเงินประจำปีขาดเซยครอบครัผู้สูญเสีย เงินประจำปีครอบครัผู้สูญเสียพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง เงินงวดจ่ายล่วงหน้าเงินประจำปีครอบครัผู้สูญเสีย ฯลฯ (แบบฟอร์มยื่นเรื่องเงินประจำปีหมายเลข 1) ไปยังหัวหน้าผู้ดูแลของกรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ อย่างไรก็ตาม ถ้าเป็นระยะเวลาภายใน 1 ปีตั้งแต่วันที่ถัดจากวันที่ได้รับแจ้งตกลงจ่ายเงินประจำปีแล้วจะสามารถยื่นเรื่องได้ แม้จะเป็นหลังจากที่ได้รับเงินประจำปี (ขาดเซย) ครอบครัผู้สูญเสีย ฯลฯ แล้วก็ตาม กรณีนี้จะเป็นการยื่นเรื่องขอในขอบเขต จำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน 1,000 วัน หักออกด้วยจำนวนเงินประจำปีที่ได้จ่ายไปแล้วเท่านั้น

### ระยะเวลาที่มีผล

เงินงวดจ่ายล่วงหน้าเงินประจำปี (ขาดเซย) ครอบครัผู้สูญเสีย ฯลฯ นั้น ถ้าเวลาผ่านไป 2 ปีนับตั้งแต่วันที่ถัดจากวันที่ผู้ประสบภัยเสียชีวิตไปแล้ว ก็จะไม่สิทธิในการยื่นเรื่องอีกต่อไป ดังนั้นจึงขอให้ระมัดระวัง

## กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงผู้มีคุณสมบัติในการรับเงินประจำปี (ขาดเซย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ (การเปลี่ยนถ่าย)

กรณีที่ผู้มีสิทธิได้รับเงินประจำปี (ขาดเซย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ นั้น สูญเสียสิทธิในการรับ เนื่องจากเหตุผลดังต่อไปนี้ ครอบครัวผู้สูญเสียในลำดับถัดไปจะได้รับเงินประจำปีแทน

- (1) เสียชีวิต
- (2) แต่งงาน (รวมถึงกรณีที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส แต่มีความสัมพันธ์แบบคู่สมรสในความเป็นจริง)
- (3) ได้ถูกรับเป็นบุตรบุญธรรมของญาติในครอบครัวสายเลือดตรง หรือ ครอบครัวของสายเลือดคู่สมรส (รวมถึงกรณีที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส แต่มีความสัมพันธ์แบบคู่สมรสในความเป็นจริง)
- (4) ความสัมพันธ์เป็นญาติกับพนักงานที่เสียชีวิตจบลง เนื่องจากการหย่าร้าง
- (5) กรณีที่บุตร หลาน หรือพี่น้องได้ผ่านพ้นวันที่ 31 เดือนมีนาคมแรก หลังจากอายุครบ 18 ปีไปแล้ว (ยกเว้นกรณีที่ความพิการระดับที่กำหนด ยังมีอยู่ต่อ นับตั้งแต่เวลาที่พนักงานเสียชีวิต)
- (6) กรณีที่สภาวะความพิการในระดับที่กำหนดของสามี บุตร พ่อแม่ หลาน ปู่ย่าตายาย หรือ พี่น้องได้หายสนิทแล้ว

### ขั้นตอนการยื่นเรื่อง

ขอให้ยื่นใบร้องขอการเปลี่ยนจ่ายเงินประจำปีขาดเซยครอบครัวผู้สูญเสีย เงินประจำปีครอบครัวผู้สูญเสียพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง เงินประจำปีครอบครัวผู้สูญเสีย (แบบฟอร์มหมายเลข 13) ไปยังหัวหน้าผู้ดูแลกรรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ นอกจากนี้ การยื่นเรื่องรับการจ่ายเงินประจำปีพิเศษครอบครัวผู้สูญเสียนั้น โดยหลักการแล้ว ให้ยื่นเรื่องพร้อมกัน และใช้แบบฟอร์มเดียวกันกับการขอการเปลี่ยนถ่าย

#### ● เอกสารแนบที่จำเป็นในการยื่นเรื่อง

| กรณีเช่นนี้                                                                                                                                                           | เอกสารแนบ                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| เอกสารแนบที่จำเป็นเสมอ                                                                                                                                                | เอกสาร เช่น สำเนาหรือใบทะเบียนบ้านฉบับย่อ ฯลฯ ซึ่งสามารถยืนยันความสัมพันธ์ของผู้ยื่นเรื่อง และของผู้มีคุณสมบัติคนอื่น ๆ ซึ่งดำรงชีพโดยอาศัยรายได้เช่นเดียวกับผู้ยื่นเรื่อง ยื่นเรื่องกับพนักงานผู้เสียชีวิตได้ |
| กรณีที่ในบรรดาผู้ยื่นเรื่อง และ ผู้มีคุณสมบัติอื่น ๆ ซึ่งดำรงชีพโดยอาศัยรายได้เช่นเดียวกับผู้ยื่นเรื่อง มีผู้ซึ่งมีความพิการในระดับที่กำหนด จึงกลายเป็นผู้มีคุณสมบัติ | เอกสาร เช่น ใบวินิจฉัย ซึ่งสามารถยืนยันว่าสภาพความพิการดังกล่าวยังคงอยู่ ตั้งแต่วันที่พนักงานเสียชีวิต                                                                                                         |
| กรณีที่ในบรรดาผู้มีคุณสมบัติ มีผู้ซึ่งดำรงชีพโดยอาศัยรายได้เช่นเดียวกับผู้ยื่นเรื่อง                                                                                  | เอกสารที่สามารถยืนยันความเป็นจริงได้                                                                                                                                                                           |

\*อาจจะมีการให้ยื่นเอกสารอื่น ๆ ด้วย

## ค่างานศพ ฯลฯ (การจ่ายค่างานศพ)

ผู้ที่เข้าข่ายที่จะสามารถรับค่างานศพ ฯลฯ (การจ่ายค่างานศพ) นั้น ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงครอบครัวผู้สูญเสียเท่านั้น แต่โดยปกติแล้ว จะเป็นครอบครัวผู้สูญเสียที่เหมาะสมซึ่งทำการจัดงานศพ ในกรณีที่ไม่มีครอบครัวผู้สูญเสียดำเนินการจัดงานศพ แต่ทางบริษัทของผู้เสียชีวิตจัดงานศพให้แก่พนักงานที่เสียชีวิตไปนั้น จะทำการจ่ายค่างานศพ ฯลฯ (การจ่ายค่างานศพ) ให้แก่บริษัท

### รายละเอียดการจ่าย

จำนวนเงินค่างานศพ ฯลฯ (การจ่ายค่างานศพ) เท่ากับ 315,000 เยน บวกกับจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน 30 วัน แต่ถ้าจำนวนเงินนี้ไม่ถึงจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน 60 วันแล้ว จะจ่ายเป็นจำนวนเงินจ่ายรายวันพื้นฐาน 60 วันแทน

### ขั้นตอนการยื่นเรื่อง

ขอให้ยื่นใบร้องขอค่างานศพ หรือการจ่ายค่างานศพพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข 16) หรือใบร้องขอการจ่ายค่างานศพ (แบบฟอร์มหมายเลข 16-10) ไปยังหัวหน้าผู้ดูแลของกรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ

#### ● เอกสารแนบที่จำเป็นในการยื่นเรื่อง

เอกสารวินิจฉัยการเสียชีวิต เอกสารการชันสูตรศพ เอกสารการตรวจสอบ หรือ ใบรับรองหัวข้อที่ระบุพวกนี้ เอกสารที่สามารถรับรองข้อเท็จจริงการเสียชีวิตของพนักงาน และ วัน เดือน ปีที่เสียชีวิตได้

แต่ทว่าในกรณีที่ทำการยื่นเรื่อง การจ่าย (ขาดหาย) ครอบครัวผู้สูญเสีย ฯลฯ ร่วมกับการยื่นเรื่องค่างานศพแล้ว ไม่จำเป็นต้องใช้เอกสารแนบเพิ่มเติม

#### ระยะเวลาที่มีผล

ค่างานศพ ฯลฯ (การจ่ายค่างานศพ) ถ้าเวลาผ่านไป 2 ปีนับตั้งแต่วันถัดจากวันที่ผู้ประสบภัยเสียชีวิตไปแล้ว ก็จะไม่สิทธิในการยื่นเรื่องอีกต่อไป ดังนั้นจึงขอให้ระมัดระวัง

## การจ่าย (ชดเชย) การดูแล ฯลฯ

ผู้ซึ่งมีความพิการระดับ 1 ของเงินประจำปี (ชดเชย) ความพิการ ฯลฯ หรือเงินประจำปี (ชดเชย) การบาดเจ็บ ฯลฯ ทุกคน หรือ ผู้ที่มีความพิการทางระบบประสาท และอวัยวะในช่องอกหรือช่องท้อง ระดับ 2 ที่ได้รับการดูแลอยู่ในปัจจุบัน จะได้รับการจ่ายค่าชดเชยการดูแล (กรณีอุปถัมภ์ในการ ทำงาน), การจ่ายการดูแลพนักงานทำงานหลายที่ (สำหรับอุปถัมภ์จากเหตุในการทำงานหลายแห่ง) หรือการจ่ายการดูแล (กรณีอุปถัมภ์ในการเดินทางไปทำงาน)

### เงื่อนไขการจ่าย

#### 1 มีสภาวะความพิการในระดับที่กำหนด

การจ่าย (ชดเชย) การดูแล ฯลฯ นั้น แบ่งเป็นสภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นประจำ และ สภาวะที่ จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นระยะ ตามสภาวะความพิการ โดยมีสภาวะความพิการที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล เป็นประจำ และ การดูแลเป็นระยะ เป็นดังต่อไปนี้

|                  | สภาวะความพิการโดยละเอียดของผู้ที่เข้าข่าย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การดูแลเป็นประจำ | <ol style="list-style-type: none"> <li>① ผู้ซึ่งอยู่ในสภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นประจำ มีความพิการทางระบบประสาท หรือ อวัยวะในช่องอกหรือช่องท้อง (ความพิการระดับ 1-3, 1-4 การเจ็บป่วยระดับ 1-1, 1-2)</li> <li>② <ul style="list-style-type: none"> <li>• ผู้ซึ่งตามองไม่เห็นทั้งสองข้าง และมีความพิการหรือการเจ็บป่วย ระดับ 1 หรือ 2</li> <li>• ผู้ซึ่งสูญเสียแขนทั้งสองข้าง และขาทั้งสองข้างหรืออยู่ในสภาพที่ใช้งานไม่ได้ ซึ่งมีความ จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นประจำ เช่นเดียวกับ ①</li> </ul> </li> </ol> |
| การดูแลเป็นระยะ  | <ol style="list-style-type: none"> <li>① ผู้ซึ่งอยู่ในสภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นระยะ มีความพิการทางระบบประสาท หรืออวัยวะ ในช่องอกหรือช่องท้อง (ความพิการระดับ 2-2-2, 2-2-3 การเจ็บป่วยระดับ 2-1, 2-2)</li> <li>② ผู้ซึ่งมีความพิการระดับ 1 หรือการเจ็บป่วยระดับ 1 แต่ไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็น ประจำ</li> </ol>                                                                                                                                                                                 |

#### 2 การที่ได้รับการดูแลอยู่ในปัจจุบัน

จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยบริษัทเอกชนที่ให้บริการการดูแลโดยเสียค่าใช้จ่าย หรือ รับการดูแลโดยญาติ เพื่อน หรือ คนรู้จักอยู่ในปัจจุบัน

#### 3 จะต้องไม่ได้เข้าอยู่ในโรงพยาบาล หรือ สถานบำบัดอยู่

#### 4 จะต้องไม่ได้เข้ารับการดูแล โดยอาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ หรือ สถานดูแล สนิบสนุนผู้พิการ (เฉพาะกรณีที่ได้รับการดูแลการใช้ชีวิตอยู่) หรือบ้านดูแลพิเศษ ผู้สูงอายุ หรือบ้านดูแลผู้ได้รับผลกระทบเปิดปรมาณอยู่

เนื่องจากการที่ได้เข้าอยู่ในสถานช่วยเหลือเหล่านี้แล้วนั้น จะถือว่าได้รับการดูแลอย่างเพียงพอแล้ว จึงไม่มี การจ่ายชดเชย

## รายละเอียดการจ่าย

จำนวนเงินที่จ่ายของการจ่าย (ขาดเชย) การดูแล และอื่น ๆ เป็นไปตามรายการต่อไปนี้  
(จำนวนเงินที่ชำระแล้ว ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2568)

### (1) กรณีการดูแลประจำ

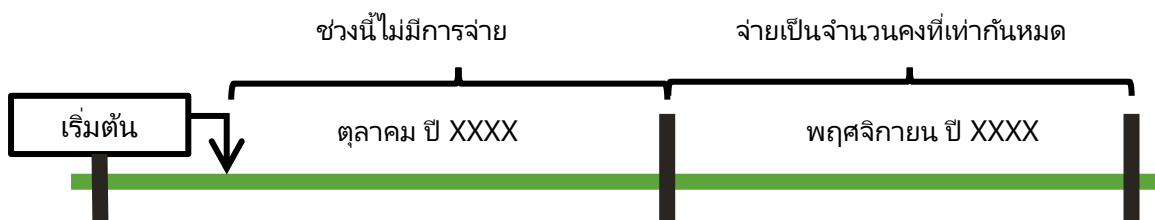
- ① หากไม่ได้รับการดูแลพยาบาลจากครอบครัว เพื่อน หรือคนรู้จัก จะได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลพยาบาล (สูงสุดไม่เกิน 177,950 บาท)
- ② หากได้รับการดูแลพยาบาลจากครอบครัว เพื่อน หรือคนรู้จัก
  - ก. กรณีไม่มีค่าใช้จ่ายในการดูแล จะจ่ายขาดเชยในลักษณะเหมาจ่ายเป็นจำนวนทั้งสิ้น 81,290 บาท
  - ข. กรณีมีค่าใช้จ่ายในการดูแล โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นไม่เกิน 81,290 บาท จะจ่ายขาดเชยในลักษณะเหมาจ่ายเป็นจำนวนทั้งสิ้น 81,290 บาท
  - ค. กรณีมีค่าใช้จ่ายในการดูแล โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเกินกว่า 81,290 บาท จะจ่ายขาดเชยให้ตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง (สูงสุดไม่เกิน 177,950 บาท)

### (2) กรณีการดูแลเป็นระยะ

- ① หากไม่ได้รับการดูแลพยาบาลจากครอบครัว เพื่อน หรือคนรู้จัก จะได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลพยาบาล (สูงสุดไม่เกิน 88,980 บาท)
- ② หากได้รับการดูแลพยาบาลจากครอบครัว เพื่อน หรือคนรู้จัก
  - ก. กรณีไม่มีค่าใช้จ่ายในการดูแล จะจ่ายขาดเชยในลักษณะเหมาจ่ายเป็นจำนวนทั้งสิ้น 40,600 บาท
  - ข. กรณีมีค่าใช้จ่ายในการดูแล โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นไม่เกิน 40,600 บาท จะจ่ายขาดเชยในลักษณะเหมาจ่ายเป็นจำนวนทั้งสิ้น 40,600 บาท
  - ค. กรณีมีค่าใช้จ่ายในการดูแล โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเกินกว่า 40,600 บาท จะจ่ายขาดเชยให้ตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง (สูงสุดไม่เกิน 88,980 บาท)

#### ● กรณีที่ ระหว่างกลางเดือน ได้เริ่มรับการดูแล

- ① หากได้มีการจ่ายค่าดูแลเพื่อรับการดูแล จะจ่ายค่าใช้จ่ายในการดูแลภายในขอบเขตบนที่กำหนด
- ② หากไม่ได้จ่ายค่าดูแลเพื่อรับการดูแล แต่รับการดูแลโดยญาติ ฯลฯ ในเดือนนั้นจะไม่มี การจ่าย (ตัวอย่าง) กรณีที่เริ่มรับการดูแล โดยญาติ ฯลฯ ตั้งแต่ระหว่างเดือนตุลาคม



\* กรณีเช่นนี้ ในช่อง “เดือนและปีที่เข้าข่ายในการยื่นเรื่อง” ของใบคำร้อง ให้กรอกเดือนที่เริ่มการดูแล (ในกรณีนี้ คือ เดือนตุลาคม)

## ขั้นตอนการยื่นเรื่อง

การยื่นเรื่องการจ่าย (ขาดเซย) การดูแล ฯลฯ ขอให้ยื่นใบร้องขอการจ่ายค่าขาดเซยการดูแล การจ่ายการดูแลพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง และการจ่ายค่าการดูแล (แบบฟอร์มหมายเลข 16-2-2) ไปยังหัวหน้าผู้ดูแลของกรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ

### ● เอกสารแนบที่จำเป็นในการยื่นเรื่อง

| กรณีเช่นนี้            | สภาวะความพิการโดยละเอียดของผู้ที่เข้าข่าย                   |
|------------------------|-------------------------------------------------------------|
| เอกสารแนบที่จำเป็นเสมอ | ใบวินิจฉัยโรคจากแพทย์ หรือ ทันตแพทย์                        |
| กรณีที่จ่ายค่าดูแลอยู่ | เอกสารที่รับรองจำนวนวันที่รับการดูแล และจำนวนเงินค่าใช้จ่าย |

\*อาจจะมีการให้ยื่นเอกสารอื่น ๆ ด้วย

ผู้รับเงินประจำปี (ขาดเซย) การบาดเจ็บ ฯลฯ และผู้ที่มีความพิการระดับ 1-3, 1-4 หรือ 2-2-2, 2-3 นั้น ไม่จำเป็นต้องใช้ใบวินิจฉัยเป็นเอกสารแนบ และในการยื่นเรื่อง การจ่าย (ขาดเซย) การดูแล ฯลฯ ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ก็ไม่จำเป็นต้องใช้ใบวินิจฉัย การยื่นเรื่อง (ขาดเซย) การดูแล ฯลฯ นั้น จะทำในหน่วยต่อ 1 เดือน แต่ถ้าจะทำการยื่นเรื่องรวมทีเดียว 3 เดือนก็ได้

### ระยะเวลาที่มีผล

การจ่าย (ขาดเซย) การดูแล ฯลฯ นั้น ถ้าเวลาผ่านไป 2 ปีนับตั้งแต่วันที่ 1 ของเดือนถัดจากเดือนที่รับการดูแลไปแล้ว ก็จะไม่สิทธิในการยื่นเรื่องอีกต่อไป ดังนั้นจึงขอให้ระมัดระวัง

## ตัวอย่างการกรอกใบคำร้องชนิดต่าง ๆ

1. ใบร้องขอการจ่ายค่ารักษา สำหรับการจ่ายค่าชดเชยการรักษา และการจ่ายค่ารักษาพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข 5)
2. ใบร้องขอการจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษา สำหรับการจ่ายค่าชดเชยการรักษา และการจ่ายค่ารักษาพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข 7)
3. ใบร้องขอการจ่ายค่าชดเชยการหยุดงาน / การจ่ายการหยุดงานพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข 8)
4. ใบร้องขอการจ่ายชดเชยความพิการ / การจ่ายความพิการพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข 10)
5. ใบร้องขอให้จ่ายเงินประจำปีชดเชยต่อครอบครัวผู้สูญเสีย / เงินประจำปีครอบครัวผู้สูญเสียพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข 12)
6. ใบร้องขอให้จ่ายเงินงวดชดเชยต่อครอบครัวผู้สูญเสีย / เงินงวดครอบครัวผู้สูญเสียพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข 15)
7. ใบร้องขอค่าใช้จ่ายในงานศพ หรือการจ่ายค่างานศพพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข 16)
8. ใบร้องขอการจ่ายค่าชดเชยการดูแล / การจ่ายการดูแลพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข 16-2-2)

กรณีอุบัติภัยในการเดินทางไปทำงาน  
กรณีใช้แบบฟอร์มหมายเลข 16-3

\* กรณีที่ไม่สามารถได้รับข้อมูลรับรองจากทางบริษัท ขอให้ปรึกษากับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ในแผนกที่ทำการยื่นเรื่อง

様式第 5 号 (裏面)

|               |                              |                                                   |  |
|---------------|------------------------------|---------------------------------------------------|--|
|               |                              | ㊸その他就業先の有無                                        |  |
| 有             | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない) | 有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況<br>(ただし表面の事業を含まない) |  |
| 無             | 社                            | 労働保険事務組合又は特別加入者等                                  |  |
| 労働保険番号 (特別加入) |                              | 加入年月日                                             |  |
|               |                              | 年 月 日                                             |  |

กรณีได้รับการจ้างงานหลายแห่ง ให้วงกลมล้อมรอบ 有 และระบุจำนวนแห่งทำงาน

กรณีหากออกใบกรณีที่ได้รับการจ้างงานหลายแห่งและได้ทำประกันพิเศษไว้

[項目記入にあたっての注意事項]

- 1 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑧欄並びに⑨及び⑩欄の元号については、該当番号を記入枠に記入してください。)
- 2 ⑬は、災害発生の事実を確認した者(確認した者が多数のときは最初に発見した者)を記載してください。
- 3 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の給付を請求する場合には、⑤労働保険番号欄に左詰めで年金証書番号を記入してください。また、⑨及び⑩は記入しないでください。
- 4 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされます。
- 5 ㊸「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はないものとして取り扱います。
- 6 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなります。

[その他の注意事項]

この用紙は、機械によって読取りを行いますので汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

|               |                                                   |         |
|---------------|---------------------------------------------------|---------|
| 派遣元事業主<br>証明欄 | 派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩、⑪及び⑬)の記載内容について事実と相違ないことを証明します。 |         |
|               | 年 月 日                                             | 事業の名称   |
|               |                                                   | 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)                      |         |

|                    |                      |     |       |
|--------------------|----------------------|-----|-------|
| 社会保険<br>労務士<br>記載欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏 名 | 電話番号  |
|                    |                      |     | ( ) — |

พนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข) ตัวอย่างการกรอก

| 様式第7号(1)(表面)                         |  | 労働者災害補償保険法 |  | 第 回             |  | 標準字体系       |  | กรณีที่ไม่แนใจกรณีขอใหทำงานกรนอก |  |
|--------------------------------------|--|------------|--|-----------------|--|-------------|--|----------------------------------|--|
| 業務災害用<br>複数事業労働者療養給付用                |  |            |  |                 |  | アイウエオカキクケ   |  |                                  |  |
| 療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の費用請求書(同一傷病分) |  |            |  |                 |  | ネノハヒフヘホマミ   |  |                                  |  |
| ※ 帳票種別                               |  | ① 官轄局署     |  | ② 業通別           |  | ③ 受付年月日     |  | ④ 三者コード                          |  |
| 34260                                |  |            |  | 1業<br>3通        |  |             |  |                                  |  |
| (注) 三 記号の部<br>「1」は「0」で表示             |  | ③ 労働除番号    |  | ④ 等務局 種別 商標年 番号 |  | ⑤ 特別加入者     |  | ⑥ 審査コード                          |  |
|                                      |  | ⑦ 労働者の性別   |  | ⑧ 労働者の生年月日      |  | ⑨ 傷病又は発病年月日 |  | ⑩ 労働者の住所                         |  |
|                                      |  | ⑪ 労働者の氏名   |  | ⑫ 労働者の住所        |  | ⑬ 労働者の職業    |  | ⑭ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ⑮ 労働者の年齢   |  | ⑯ 労働者の職種        |  | ⑰ 労働者の職種    |  | ⑱ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ⑲ 労働者の職種   |  | ⑳ 労働者の職種        |  | ㉑ 労働者の職種    |  | ㉒ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㉓ 労働者の職種   |  | ㉔ 労働者の職種        |  | ㉕ 労働者の職種    |  | ㉖ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㉗ 労働者の職種   |  | ㉘ 労働者の職種        |  | ㉙ 労働者の職種    |  | ㉚ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㉛ 労働者の職種   |  | ㉜ 労働者の職種        |  | ㉝ 労働者の職種    |  | ㉞ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㉟ 労働者の職種   |  | ㊱ 労働者の職種        |  | ㊲ 労働者の職種    |  | ㊳ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㊴ 労働者の職種   |  | ㊵ 労働者の職種        |  | ㊶ 労働者の職種    |  | ㊷ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㊸ 労働者の職種   |  | ㊹ 労働者の職種        |  | ㊺ 労働者の職種    |  | ㊻ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㊼ 労働者の職種   |  | ㊽ 労働者の職種        |  | ㊾ 労働者の職種    |  | ㊿ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㋀ 労働者の職種   |  | ㋁ 労働者の職種        |  | ㋂ 労働者の職種    |  | ㋃ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㋄ 労働者の職種   |  | ㋅ 労働者の職種        |  | ㋆ 労働者の職種    |  | ㋇ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㋈ 労働者の職種   |  | ㋉ 労働者の職種        |  | ㋊ 労働者の職種    |  | ㋋ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㋌ 労働者の職種   |  | ㋍ 労働者の職種        |  | ㋎ 労働者の職種    |  | ㋏ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㋐ 労働者の職種   |  | ㋑ 労働者の職種        |  | ㋒ 労働者の職種    |  | ㋓ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㋔ 労働者の職種   |  | ㋕ 労働者の職種        |  | ㋖ 労働者の職種    |  | ㋗ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㋘ 労働者の職種   |  | ㋙ 労働者の職種        |  | ㋚ 労働者の職種    |  | ㋛ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㋜ 労働者の職種   |  | ㋝ 労働者の職種        |  | ㋞ 労働者の職種    |  | ㋟ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㋠ 労働者の職種   |  | ㋡ 労働者の職種        |  | ㋢ 労働者の職種    |  | ㋣ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㋤ 労働者の職種   |  | ㋥ 労働者の職種        |  | ㋦ 労働者の職種    |  | ㋧ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㋨ 労働者の職種   |  | ㋩ 労働者の職種        |  | ㋪ 労働者の職種    |  | ㋫ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㋬ 労働者の職種   |  | ㋭ 労働者の職種        |  | ㋮ 労働者の職種    |  | ㋯ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㋰ 労働者の職種   |  | ㋱ 労働者の職種        |  | ㋲ 労働者の職種    |  | ㋳ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㋴ 労働者の職種   |  | ㋵ 労働者の職種        |  | ㋶ 労働者の職種    |  | ㋷ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㋸ 労働者の職種   |  | ㋹ 労働者の職種        |  | ㋺ 労働者の職種    |  | ㋻ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㋼ 労働者の職種   |  | ㋽ 労働者の職種        |  | ㋾ 労働者の職種    |  | ㋿ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㌀ 労働者の職種   |  | ㌁ 労働者の職種        |  | ㌂ 労働者の職種    |  | ㌃ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㌄ 労働者の職種   |  | ㌅ 労働者の職種        |  | ㌆ 労働者の職種    |  | ㌇ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㌈ 労働者の職種   |  | ㌉ 労働者の職種        |  | ㌊ 労働者の職種    |  | ㌋ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㌌ 労働者の職種   |  | ㌍ 労働者の職種        |  | ㌎ 労働者の職種    |  | ㌏ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㌐ 労働者の職種   |  | ㌑ 労働者の職種        |  | ㌒ 労働者の職種    |  | ㌓ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㌔ 労働者の職種   |  | ㌕ 労働者の職種        |  | ㌖ 労働者の職種    |  | ㌗ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㌘ 労働者の職種   |  | ㌙ 労働者の職種        |  | ㌚ 労働者の職種    |  | ㌛ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㌜ 労働者の職種   |  | ㌝ 労働者の職種        |  | ㌞ 労働者の職種    |  | ㌟ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㌠ 労働者の職種   |  | ㌡ 労働者の職種        |  | ㌢ 労働者の職種    |  | ㌣ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㌤ 労働者の職種   |  | ㌥ 労働者の職種        |  | ㌦ 労働者の職種    |  | ㌧ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㌨ 労働者の職種   |  | ㌩ 労働者の職種        |  | ㌪ 労働者の職種    |  | ㌫ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㌬ 労働者の職種   |  | ㌭ 労働者の職種        |  | ㌮ 労働者の職種    |  | ㌯ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㌰ 労働者の職種   |  | ㌱ 労働者の職種        |  | ㌲ 労働者の職種    |  | ㌳ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㌵ 労働者の職種   |  | ㌶ 労働者の職種        |  | ㌷ 労働者の職種    |  | ㌸ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㌺ 労働者の職種   |  | ㌻ 労働者の職種        |  | ㌼ 労働者の職種    |  | ㌽ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㌿ 労働者の職種   |  | ㍀ 労働者の職種        |  | ㍁ 労働者の職種    |  | ㍂ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㍄ 労働者の職種   |  | ㍅ 労働者の職種        |  | ㍆ 労働者の職種    |  | ㍇ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㍊ 労働者の職種   |  | ㍋ 労働者の職種        |  | ㍌ 労働者の職種    |  | ㍍ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㍏ 労働者の職種   |  | ㍐ 労働者の職種        |  | ㍑ 労働者の職種    |  | ㍒ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㍔ 労働者の職種   |  | ㍕ 労働者の職種        |  | ㍖ 労働者の職種    |  | ㍗ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㍘ 労働者の職種   |  | ㍙ 労働者の職種        |  | ㍚ 労働者の職種    |  | ㍛ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㍜ 労働者の職種   |  | ㍝ 労働者の職種        |  | ㍞ 労働者の職種    |  | ㍟ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㍠ 労働者の職種   |  | ㍡ 労働者の職種        |  | ㍢ 労働者の職種    |  | ㍣ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  | ㍤ 労働者の職種   |  | ㍥ 労働者の職種        |  | ㍦ 労働者の職種    |  | ㍧ 労働者の職種                         |  |
|                                      |  |            |  |                 |  |             |  |                                  |  |

ส่วนที่กรอกโดยบริษัท

\* กรณีที่ไม่สามารถได้รับข้อมูลรับรองจากทางบริษัท ขอให้ปรึกษากับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ในแผนกที่ทำการยื่นเรื่อง



# ใบร้องขอการจ่ายชดเชยการหยุดงาน / การจ่ายการหยุดงานพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข 8) ตัวอย่างการกรอก

**様式第8号(表面)**

業務災害用  
複数事業労働者休業給付支給請求書  
休業特別支給金支給申請書

กรณำใช้แบบฟอร์มหมายเลข 16-6 ในกรณีอุบัติเหตุในการเดินทางไปทำงาน

字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1050 1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1060 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1070 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1080 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1090 1091 1092 1093 1094 1095 1096 1097 1098 1099 1100 1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109 1110 1111 1112 1113 1114 1115 1116 1117 1118 1119 1120 1121 1122 1123 1124 1125 1126 1127 1128 1129 1130 1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1140 1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1150 1151 1152 1153 1154 1155 1156 1157 1158 1159 1160 1161 1162 1163 1164 1165 1166 1167 1168 1169 1170 1171 1172 1173 1174 1175 1176 1177 1178 1179 1180 1181 1182 1183 1184 1185 1186 1187 1188 1189 1190 1191 1192 1193 1194 1195 1196 1197 1198 1199 1200 1201 1202 1203 1204 1205 1206 1207 1208 1209 1210 1211 1212 1213 1214 1215 1216 1217 1218 1219 1220 1221 1222 1223 1224 1225 1226 1227 1228 1229 1230 1231 1232 1233 1234 1235 1236 1237 1238 1239 1240 1241 1242 1243 1244 1245 1246 1247 1248 1249 1250 1251 1252 1253 1254 1255 1256 1257 1258 1259 1260 1261 1262 1263 1264 1265 1266 1267 1268 1269 1270 1271 1272 1273 1274 1275 1276 1277 1278 1279 1280 1281 1282 1283 1284 1285 1286 1287 1288 1289 1290 1291 1292 1293 1294 1295 1296 1297 1298 1299 1300 1301 1302 1303 1304 1305 1306 1307 1308 1309 1310 1311 1312 1313 1314 1315 1316 1317 1318 1319 1320 1321 1322 1323 1324 1325 1326 1327 1328 1329 1330 1331 1332 1333 1334 1335 1336 1337 1338 1339 1340 1341 1342 1343 1344 1345 1346 1347 1348 1349 1350 1351 1352 1353 1354 1355 1356 1357 1358 1359 1360 1361 1362 1363 1364 1365 1366 1367 1368 1369 1370 1371 1372 1373 1374 1375 1376 1377 1378 1379 1380 1381 1382 1383 1384 1385 1386 1387 1388 1389 1390 1391 1392 1393 1394 1395 1396 1397 1398 1399 1400 1401 1402 1403 1404 1405 1406 1407 1408 1409 1410 1411 1412 1413 1414 1415 1416 1417 1418 1419 1420 1421 1422 1423 1424 1425 1426 1427 1428 1429 1430 1431 1432 1433 1434 1435 1436 1437 1438 1439 1440 1441 1442 1443 1444 1445 1446 1447 1448 1449 1450 1451 1452 1453 1454 1455 1456 1457 1458 1459 1460 1461 1462 1463 1464 1465 1466 1467 1468 1469 1470 1471 1472 1473 1474 1475 1476 1477 1478 1479 1480 1481 1482 1483 1484 1485 1486 1487 1488 1489 1490 1491 1492 1493 1494 1495 1496 1497 1498 1499 1500 1501 1502 1503 1504 1505 1506 1507 1508 1509 1510 1511 1512 1513 1514 1515 1516 1517 1518 1519 1520 1521 1522 1523 1524 1525 1526 1527 1528 1529 1530 1531 1532 1533 1534 1535 1536 1537 1538 1539 1540 1541 1542 1543 1544 1545 1546 1547 1548 1549 1550 1551 1552 1553 1554 1555 1556 1557 1558 1559 1560 1561 1562 1563 1564 1565 1566 1567 1568 1569 1570 1571 1572 1573 1574 1575 1576 1577 1578 1579 1580 1581 1582 1583 1584 1585 1586 1587 1588 1589 1590 1591 1592 1593 1594 1595 1596 1597 1598 1599 1600 1601 1602 1603 1604 1605 1606 1607 1608 1609 1610 1611 1612 1613 1614 1615 1616 1617 1618 1619 1620 1621 1622 1623 1624 1625 1626 1627 1628 1629 1630 1631 1632 1633 1634 1635 1636 1637 1638 1639 1640 1641 1642 1643 1644 1645 1646 1647 1648 1649 1650 1651 1652 1653 1654 1655 1656 1657 1658 1659 1660 1661 1662 1663 1664 1665 1666 1667 1668 1669 1670 1671 1672 1673 1674 1675 1676 1677 1678 1679 1680 1681 1682 1683 1684 1685 1686 1687 1688 1689 1690 1691 1692 1693 1694 1695 1696 1697 1698 1699 1700 1701 1702 1703 1704 1705 1706 1707 1708 1709 1710 1711 1712 1713 1714 1715 1716 1717 1718 1719 1720 1721 1722 1723 1724 1725 1726 1727 1728 1729 1730 1731 1732 1733 1734 1735 1736 1737 1738 1739 1740 1741 1742 1743 1744 1745 1746 1747 1748 1749 1750 1751 1752 1753 1754 1755 1756 1757 1758 1759 1760 1761 1762 1763 1764 1765 1766 1767 1768 1769 1770 1771 1772 1773 1774 1775 1776 1777 1778 1779 1780 1781 1782 1783 1784 1785 1786 1787 1788 1789 1790 1791 1792 1793 1794 1795 1796 1797 1798 1799 1800 1801 1802 1803 1804 1805 1806 1807 1808 1809 1810 1811 1812 1813 1814 1815 1816 1817 1818 1819 1820 1821 1822 1823 1824 1825 1826 1827 1828 1829 1830 1831 1832 1833 1834 1835 1836 1837 1838 1839 1840 1841 1842 1843 1844 1845 1846 1847 1848 1849 1850 1851 1852 1853 1854 1855 1856 1857 1858 1859 1860 1861 1862 1863 1864 1865 1866 1867 1868 1869 1870 1871 1872 1873 1874 1875 1876 1877 1878 1879 1880 1881 1882 1883 1884 1885 1886 1887 1888 1889 1890 1891 1892 1893 1894 1895 1896 1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1910 1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1920 1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929 1930 1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939 1940 1941 1942 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1950 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574 2575 2576 2577 2578 2579 2580 2581 2582 2583 2584 2585 2586 2587 2588 2589 2590 2591 2592 2593 2594 2595 2596 2597 2598 2599 2600 2601 2602 2603 2604 2605 2606 2607 2608 2609 2610 2611 2612 2613 2614 2615 2616 2617 2618 2619 2620 2621 2622 2623 2624 2625 2626 2627 2628 2629 2630 2631 2632 2633 2634 2635 2636 2637 2638 2639 2640 2641 2642 2643 2644 2645 2646 2647 2648 2649 2650 2651 2652 2653 2654 2655 2656 2657 2658 2659 2660 2661 2662 26



# ใบร้องขอการจ่ายชดเชยความพิการ / การจ่ายความพิการพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข10) ตัวอย่างการกรอก

ชีตงกลมบน  
"男" สำหรับ  
ผู้ชาย "女"  
สำหรับผู้หญิง

様式第10号(表面)  
業務災害用  
被災業務要因災害用

กรณการกรอกแบบฟอร์ม  
หมายเลข 16-7 ในการเดิน  
ไปทำงาน

กรณีที่ไม่แน่ใจ กรุณาขอ  
ให้ที่ทำงานกรอกให้

กรุณาระบุให้ชัดเจนเกี่ยวกับ  
สถานที่ที่เกิดอุบัติเหตุ  
รายละเอียดและสภาวะของ  
งานในตอนที่เกิดเหตุ

กรุณากรอกในกรณีที่ได้รับ  
สวัสดิการบำนาญ ที่  
เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ  
เดียวกันนี้เท่านั้น

労働者災害補償保険  
支払請求書  
労働者災害補償保険  
支払申請書

|                                                                                                                                                                         |                |                       |  |                |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|--|----------------|--|
| ① 労働保険番号                                                                                                                                                                |                | フリガナ 姓・นามสกุล (カタカナ) |  | ④ 負傷又は発病年月日    |  |
| 所掌 管轄 基幹番号 校番号                                                                                                                                                          | 氏 名            | (男・女)                 |  | 年 月 日          |  |
| ② 年金証書の番号                                                                                                                                                               | ③ 生 年 月 日      | 姓・นามสกุล (カタカナ)      |  | ⑤ 傷病の治癒した年月日   |  |
| 管轄局 種別 西暦年 番号                                                                                                                                                           | フリガナ 姓・นามสกุล | 年 月 日 (年齢)            |  | 年 後 時 分 項      |  |
|                                                                                                                                                                         | 住 所            | フリガナ 姓・นามสกุล        |  | ⑦ 平均賃金         |  |
|                                                                                                                                                                         | 職 種            | フリガナ 姓・นามสกุล        |  | 円 銭            |  |
|                                                                                                                                                                         | 所 属 事 業 場      | フリガナ 姓・นามสกุล        |  | ⑧ 特別給与の総額 (年額) |  |
|                                                                                                                                                                         | 名 称 ・ 所 在 地    | フリガナ 姓・นามสกุล        |  | 円              |  |
| ⑥ 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所(い)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)どのような不安定な又は有害な状態があった(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること                                                               |                |                       |  |                |  |
| <b>สาเหตุของอุบัติเหตุและรายละเอียดของ<br/>สถานการณ์</b>                                                                                                                |                |                       |  |                |  |
| ⑦ 厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード<br>⑧ 被保険者資格の取得年月日<br>⑨ 年金の種類<br>⑩ 障害等級<br>⑪ 支払される年金の額<br>⑫ 厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード<br>⑬ 年金の払戻しと受給希望金融機関<br>⑭ 年金の払戻しと受給希望金融機関<br>⑮ 年金の払戻しと受給希望金融機関 |                |                       |  |                |  |
| <b>ช่องสำหรับกรอกรับรองโดยหัวหน้าในที่<br/>ทำงาน</b>                                                                                                                    |                |                       |  |                |  |
| ⑯ 障害の部位及び状態 (診断書のとおり)<br>⑰ 既存障害がある場合にはその部位及び状態<br>⑱ 年金の払戻しと受給希望金融機関<br>⑲ 年金の払戻しと受給希望金融機関<br>⑳ 年金の払戻しと受給希望金融機関                                                           |                |                       |  |                |  |
| 上記により<br>年 月 日<br>労働基準監督署長 殿                                                                                                                                            |                |                       |  |                |  |
| 支払を請求します。<br>支払を申請します。<br>日 月 年                                                                                                                                         |                |                       |  |                |  |
| 個人番号                                                                                                                                                                    |                |                       |  |                |  |
| 振込を希望する金融機関の名称<br>⑳ 年金の種類及び口座番号                                                                                                                                         |                |                       |  |                |  |
| ⑳ 年金の種類及び口座番号<br>㉑ 年金の種類及び口座番号                                                                                                                                          |                |                       |  |                |  |

ส่วนที่ผู้ยื่นเรื่องกรอก  
ด้วยตนเอง

ส่วนที่กรอกโดยบริษัท

様式第10号(裏面)

|              |                              |                                                   |  |
|--------------|------------------------------|---------------------------------------------------|--|
|              |                              | ⑭その他就業先の有無                                        |  |
| 有            | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない) | 有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況<br>(ただし表面の事業を含まない) |  |
| 無            | 社                            |                                                   |  |
| 労働保険番号(特別加入) |                              | 加入年月日                                             |  |
|              |                              | 年 月                                               |  |
|              |                              | 給付基礎日額                                            |  |
|              |                              | 円                                                 |  |

กรณีได้รับการจ้างงาน  
หลายแห่ง ให้วงกลม  
ล้อมรอบ 有 และระบุ  
จำนวนที่ทำงาน  
ท่านจำเป็นต้องกรอกหน้า  
แบบ 1 และ 3 ของ  
แบบฟอร์มหมายเลข 8  
แยกสำหรับที่ทำงาน  
แต่หากท่านยื่นหน้าแบบ 1  
และ 3 ไปแล้วในตอนที่  
ขอการจ่าย (ขอเชย) การ  
หยอดงาน ฯลฯ

〔注意〕

- ※印欄には記載しないこと。
- 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- ③ 労働者の「所属事業場名称・所在地」欄には、労働者の直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載すること。
- ⑦には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
- ⑧には、負傷又は発病の日以前1年間(雇入後1年に満たない者については、雇入後の期間)に支払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を超える期間ごとに支払われる賃金の総額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
- 請求人(申請人)が傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金を受けていた者であるときは、
- (1) ①、④及び⑥には記載する必要がないこと。
- (2) ②には、傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。
- (3) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 請求人(申請人)が特別加入者であるときは、
- (1) ②には、その者の給付基礎日額を記載すること。
- (2) ⑧は記載する必要がないこと。
- (3) ④及び⑥の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
- (4) 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- ⑬については、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の支給を受けることとなる場合において、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の払渡しを金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)(から受けることを希望する者にあつては「金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)」欄に、障害補償年金、複数事業労働者障害年金又は障害特別年金の払渡しを郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から受けることを希望する者にあつては「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」欄に、それぞれ記載すること。
- なお、郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であつて振込によらないときは、「預金通帳の記号番号」欄に記載する必要はないこと。
- 「個人番号」の欄については、請求人(申請人)の個人番号を記載すること。
- 本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「請求人(申請人)の氏名」欄の下にレ点を記入すること。
- ⑭「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。
- 複数事業労働者障害年金の請求は、障害補償年金の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされること。
- ⑬「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者障害年金の請求はないものとして取り扱うこと。
- 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、障害補償年金のみで請求されることとなること。

กรุณากรอกในกรณีที่ได้รับการ  
จ้างงานหลายแห่งและ  
ได้ทำประกันพิเศษไว้

|                    |                      |     |               |
|--------------------|----------------------|-----|---------------|
| 社会保険<br>労務士<br>記載欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏 名 | 電話番号          |
|                    |                      |     | (      )<br>— |



様式第12号(裏面)

|              |                              |
|--------------|------------------------------|
| ⑩その他就業先の有無   |                              |
| 有            | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない) |
| 無            | 有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合のその数  |
| 労働保険番号(特別加入) |                              |
| 加入年月日        |                              |
| 給付基礎日額       |                              |
| 円            |                              |

(注意)

- ※印欄には記載しないこと。
- 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
- ③の死亡労働者の「所属事業場名称・所在地」欄には、死亡労働者が直接所属していた事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、死亡労働者が直接所属していた支店、工事現場等を記載すること。
- ⑦には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に相当する額に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
- ⑧には負傷又は発病の日以前1年間(雇入後1年に満たない者については、雇入後の期間)に支払われた労働基準法第12条第4項の3箇月を超える期間ごとに支払われる賃金の総額を記載すること(様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。)
- 死亡労働者が傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金を受けていた場合には、
  - ①、④及び⑥には記載する必要がないこと。
  - ②には、傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。
  - 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- 死亡労働者が特別加入者であった場合には、
  - ⑦にはその者の給付基礎日額を記載すること。
  - ⑧は記載する必要がないこと。
  - ④及び⑥の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
  - 事業主の証明を受ける必要がないこと。
- ⑨から⑫までに記載することができない場合には、別紙を付して所要の事項を記載すること。
- この請求書(申請書)には、次の書類その他の資料を添えること。ただし、個人番号が未提出の場合を除き、(2)、(3)及び(5)の書類として住民票の写しを添える必要はないこと。
  - 労働者の死亡に関して市町村長に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは検視調査に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類
  - 請求人(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族と死亡労働者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本(請求人(申請人)又は請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族が死亡労働者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあつた者であるときは、その事実を証明することができる書類)
  - 請求人(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族(労働者の死亡の当時胎児であつた子を除く。)が死亡労働者の収入によつて生計を維持していたことを証明することができる書類
  - 請求人(申請人)及び請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族のうち労働者の死亡の時から引き続き障害の状態にある者については、その事実を証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
  - 請求人(申請人)以外の遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金を受けることができる遺族のうち、請求人(申請人)と生計を同じくしている者については、その事実を証明することができる書類
  - 障害の状態にある者については、労働者の死亡の時以後障害の状態にあつたこと及びその障害の状態が生じ、又はその事情がなくなった時を証明することができる医師又は歯科医師の診断書その他の資料
- ⑬については、次により記載すること。
  - 遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金の支給を受けることとなる場合において、遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金の払渡しを金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)から受けることを希望する者にあつては「金融機関(郵便貯金銀行の支店等を除く。)」欄に、遺族補償年金又は複数事業労働者遺族年金の払渡しを郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から受けることを希望する者にあつては「郵便貯金銀行の支店等又は郵便局」欄に、それぞれ記載すること。  
なお、郵便貯金銀行の支店等又は郵便局から払渡しを受けることを希望する場合であつて振込によらないときは、「預金通帳の記号番号」の欄は記載する必要はないこと。
  - 請求人(申請人)が2人以上ある場合において代表者を選任しないときは、⑩の最初の請求人(申請人)について記載し、その他の請求人(申請人)については別紙を付して所要の事項を記載すること。
- 「個人番号」の欄については、請求人(申請人)の個人番号を記載すること。
- 本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「請求人(申請人)の氏名」欄の下にレ点を記入すること。
- ⑭「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。
- 複数事業労働者遺族年金の請求は、遺族補償年金の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされること。
- ⑩「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者遺族年金の請求はないものとして取り扱うこと。

กรณีได้รับการจ้างงานหลายแห่ง ให้  
วงกลมล้อมรอบ 有 และระบุจำนวนที่  
ทำงาน  
ท่านจำเป็นต้องกรอกหน้าแบบ 1 และ  
3 ของแบบฟอร์มหมายเลข 8 แยก  
สำหรับที่ทำงาน  
แต่หากท่านยื่นหน้าแบบ 1 และ 3 ไป  
แล้วในตอนร้องขอการจ่าย (ชดเชย)  
การหยุดงาน ฯลฯ

กรณีการออกใบกรณีที่ได้รับการจ้าง  
งานหลายแห่งและได้ทำประกันพิเศษไว้

|                    |                      |    |          |
|--------------------|----------------------|----|----------|
| 社会保険<br>労務士<br>記載欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏名 | 電話番号     |
|                    |                      |    | ( )<br>— |

ใบร้องขอให้จ่ายเงินงวดชดเชยต่อครอบครัวผู้สูญเสีย / เงินงวดครอบครัวผู้สูญเสียพนักงานที่ทำงานหลาย  
แห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข 15) ตัวอย่างการกรอก

[illegible]

ส่วนที่ผู้ยื่นเรื่องกรอก  
ด้วยตนเอง

ส่วนที่กรอกโดยบริษัท

|              |                              |                                 |  |
|--------------|------------------------------|---------------------------------|--|
|              |                              | ⑪その他就業先の有無                      |  |
| 有            | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない) | 有の場合でいずれかの事業場で特別加入している場合の特別加入期間 |  |
| 無            |                              |                                 |  |
| 労働保険番号(特別加入) |                              | 加入年月日                           |  |
|              |                              | 年 月 日                           |  |
|              |                              | 給付基礎日額                          |  |
|              |                              | 円                               |  |

กรุณากรอกในกรณีที่ได้รับการ  
จ้างงานหลายแห่งและได้ทำ  
ประกันพิเศษไว้

- |                    |                      |     |                |
|--------------------|----------------------|-----|----------------|
| 社会保険<br>労務士<br>記載欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏 名 | 電話番号           |
|                    |                      |     | (       )<br>— |

# ใบร้องขอค่าใช้จ่ายในงานศพ หรือการจ่ายค่างานศพพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง (แบบฟอร์มหมายเลข 16) ตัวอย่างการกรอก

様式第16号(表面)

業務災害用  
複数業務要因災害用

ใช้แบบฟอร์มหมายเลข 16-10 ในกรณีอุบัติเหตุในการเดินทางไปทำงาน

ขีดวงกลมบน "男"  
สำหรับผู้ชาย "女"  
สำหรับผู้หญิง

労働者災害補償保険  
葬祭料又は複数事業労働者葬祭給付請求書

|                                                                                         |    |     |      |                     |          |     |                         |     |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|------|---------------------|----------|-----|-------------------------|-----|---------|
| ① 労働保険番号                                                                                |    |     |      | ③ フリガナ              |          | 氏 名 | ชื่อ-นามสกุล (Katakana) |     |         |
| 府県                                                                                      | 所掌 | 管轄  | 基幹番号 | 枝番号                 | 請        |     |                         | 住 所 | ที่อยู่ |
| หมายเลขการประกันเงินชดเชยของพนักงาน                                                     |    |     |      | 求人                  | 死亡労働者の関係 |     |                         |     |         |
| ② 年金証書の番号                                                                               |    |     |      | 死亡労働者の関係            |          |     |                         |     |         |
| 管轄局                                                                                     | 種別 | 西暦年 | 番 号  |                     |          |     |                         |     |         |
|                                                                                         |    |     |      |                     |          |     |                         |     |         |
| ④ フリガナ                                                                                  |    |     |      | ⑤ 負傷又は発病年月日         |          |     |                         |     |         |
| 死 氏 名                                                                                   |    |     |      | 年 月 日               |          |     |                         |     |         |
| 生年月日                                                                                    |    |     |      | วันที่ได้รับบาดเจ็บ |          |     |                         |     |         |
| 職 種                                                                                     |    |     |      | 午前 午後 時 分           |          |     |                         |     |         |
| 所属事業場名称所在地                                                                              |    |     |      | ⑦ 死 亡 年 月 日         |          |     |                         |     |         |
| ⑥ 災害の原因及び発生状況                                                                           |    |     |      | วันที่เสียชีวิต     |          |     |                         |     |         |
| (あ)どのような場所(い)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)どのような不安な又は有害な状態が(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること |    |     |      | 年 月 日               |          |     |                         |     |         |
| สาเหตุอุบัติเหตุและรายละเอียดของสถานการณ์                                               |    |     |      | ⑧ 平 均 賃 金           |          |     |                         |     |         |
|                                                                                         |    |     |      | ค่าจ้างโดยเฉลี่ย    |          |     |                         |     |         |
|                                                                                         |    |     |      | 円 銭                 |          |     |                         |     |         |

กรณารับให้ชัดเจนเกี่ยวกับสถานที่ที่เกิดอุบัติเหตุ รายละเอียดและสภาวะของงานในตอนที่เกิดเหตุ

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。

電話( ) —

事業の名称

年 月 日 ชื่องสหรับกรอกรับรองโดยหัวหน้าในที่ทำงาน 〒 —

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

ชื่อเอกสารแนบอื่น ๆ

上記により葬祭料又は複数事業労働者葬祭給付の支給を請求します。

年 月 日 วันที่ยื่นเรื่อง

〒 รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรศัทพ์

ผู้ยื่นเรื่อง

請求人の

住 所

ที่อยู่

労働基準監督署長 殿

氏 名

ชื่อ-นามสกุล

สถาบันการเงินหรือที่ทำการประณัยที่ต้องการให้เงินประจำปีโอนเข้า

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

本店・本所

普通・当座

第 号

ชื่อ

ชื่อสาขา

出張所

支店・支所

口座名義人

農協・漁協・信組

支店・支所

口座名義人

ชื่อเจ้าของบัญชี

ส่วนที่ผู้ยื่นเรื่องกรอก  
ด้วยตนเอง

ส่วนที่กรอกโดยบริษัท

様式第16号(裏面)

|              |                              |                                                   |
|--------------|------------------------------|---------------------------------------------------|
| ⑩その他就業先の有無   |                              |                                                   |
| 有            | 有の場合のその数<br>(ただし表面の事業場を含まない) | 有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別加入状況<br>(ただし表面の事業を含まない) |
| 無            | 社                            | 労働保険事務組合又は特別加入団体                                  |
| 労働保険番号(特別加入) |                              | 加入年月日<br>年 月 日                                    |
|              |                              | 給付基礎日額<br>円                                       |

กรณีได้รับการจ้างงานหลายแห่ง  
ในห้างกล่มล้อมรอบ 有 และระบุ  
จำนวนที่ทำงาน  
ท่านจำเป็นต้องกรอกหน้าแบบ 1  
และ 3 ของแบบฟอร์มหมายเลข 8  
แยกสำหรับที่ทำงาน  
แต่หากท่านยื่นหน้าแบบ 1 และ 3  
ไปแล้วในตอนร้องขอการจ่าย  
(ประโยชน์) การทดแทน ฯลฯ

- 【注意】
1. 事項を選択する場合には該当する事項を○で囲むこと。
  2. ②には、死亡労働者の傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金に係る年金証書の番号を記載すること。
  3. ③の死亡労働者の所属事業場名称・所在地欄には、死亡労働者が直接所属していた事業場が一括適用の取扱われている場合に、死亡労働者が直接所属していた支店、工事現場等を記載すること。
  4. 平均賃金の算定基礎期間中に業務外での傷病の療養のため休業した期間が含まれている場合に、当該平均賃金に相当する額がその期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金に満たないときは、当該みなして算定した平均賃金に相当する額を⑧に記載すること。（様式第8号の別紙1に内訳を記載し添付すること。ただし、既に提出されている場合を除く。）
  5. 死亡労働者に関し演族補償給付若しくは複数事業労働者演族給付が支給されていた場合又は死亡労働者が傷病補償年金若しくは複数事業労働者傷病年金を受けていた場合には、①、⑤及び⑧は記載する必要がないこと。事業主の証明は受ける必要がないこと。
  6. 死亡労働者が特別加入者であった場合は、⑩にはその者の給付基礎日額を記載すること。
  7. この請求書には、労働者の死亡に関して市町村長に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは検視調査に記載されている事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類を添えること。
  8. 死亡労働者が特別加入者であった場合には、⑤及び⑧の事項を証明することができる書類を添付すること。
  9. 演族補償給付又は複数事業労働者演族給付の支給の請求書が提出されている場合には、7及び8による書類の添付は必要でないこと。
  10. ⑩の「その他就業先の有無」で「有」に○を付けた場合は、様式第8号の別紙3をその他就業先ごとに記載すること。その際、その他就業先ごとに様式第8号の別紙1を記載し添付すること。なお、既に他の保険給付の請求において記載している場合は、記載の必要がないこと。
  11. 複数事業労働者葬祭給付の請求は、葬祭料の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされること。
  12. ⑩「その他就業先の有無」欄の記載がない場合又は複数就業していない場合は、複数事業労働者葬祭給付の請求はないものとして取り扱うこと。

กรุณากรอกในกรณีที่ได้รับการ  
จ้างงานหลายแห่งและได้ทำประกัน  
พิเศษไว้

|                        |                      |     |         |
|------------------------|----------------------|-----|---------|
| 社会保険<br>労 務 士<br>記 載 欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏 名 | 電 話 番 号 |
|                        |                      |     | ( ) —   |

(แบบฟอร์มหมายเลข 16-2-2) ตัวอย่างการกรอก

ขีดวงกลมบน “๑” กรณี  
ที่ผู้ให้ทำการดูแลเป็นญาติ  
บน “๒” กรณีที่เป็นเพื่อน  
หรือคนรู้จัก บน “๓”  
กรณีที่เป็นการนางพยาบาล  
หรือเจ้าหน้าที่ดูแล และบน  
“๔” กรณีที่เป็นเจ้าหน้าที่  
หน่วยงาน

## ชนิดแบบฟอร์มในการยื่นเรื่องต่าง ๆ และ ผู้รับผิดชอบในการรับเอกสาร

| ชนิดการจ่าย                         | อุบัติเหตุในการทำงาน, การทำงานหลายแห่ง หรือการเดินทางไปทำงาน | ชื่อใบคำร้อง                                                                                                     | หมายเลขแบบฟอร์ม | ผู้รับใบคำร้อง                                                                |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| การจ่าย (ชดเชย) การรักษา ฯลฯ        | อุบัติเหตุในการทำงาน, อุบัติภัยจากเหตุในการทำงานหลายแห่ง     | ใบร้องขอการจ่ายค่ารักษา สำหรับ การจ่ายค่าชดเชยการรักษา และการจ่ายการรักษาพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง                 | 5               | ผ่านโรงพยาบาลหรือร้านขายยา ไปยังหัวหน้าผู้ดูแลของกรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ |
|                                     | อุบัติเหตุในการเดินทางไปทำงาน                                | ใบร้องขอการจ่ายค่ารักษา สำหรับ การจ่ายค่ารักษา                                                                   | 16-3            |                                                                               |
|                                     | อุบัติเหตุในการทำงาน, อุบัติภัยจากเหตุในการทำงานหลายแห่ง     | ใบร้องขอการจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษา สำหรับการจ่ายค่าชดเชยการรักษา และการจ่ายการรักษาพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง      | 7               |                                                                               |
|                                     | อุบัติเหตุในการเดินทางไปทำงาน                                | ใบร้องขอการจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษา สำหรับการจ่ายค่ารักษา                                                        | 16-5            |                                                                               |
| การจ่าย (ชดเชย) การหยุดงาน ฯลฯ      | อุบัติเหตุในการทำงาน, อุบัติภัยจากเหตุในการทำงานหลายแห่ง     | ใบร้องขอการจ่ายค่าชดเชยการหยุดงาน และการจ่ายการหยุดงานพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง                                    | 8               | ผู้ดูแลของกรมมาตรฐานแรงงานที่รับผิดชอบ                                        |
|                                     | อุบัติเหตุในการเดินทางไปทำงาน                                | ใบร้องขอการจ่ายค่าการหยุดงาน                                                                                     | 16-6            |                                                                               |
| การจ่าย (ชดเชย) ความพิการ ฯลฯ       | อุบัติเหตุในการทำงาน, อุบัติภัยจากเหตุในการทำงานหลายแห่ง     | ใบร้องขอการจ่ายค่าชดเชยความพิการ และการจ่ายความพิการพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง                                      | 10              |                                                                               |
|                                     | อุบัติเหตุในการเดินทางไปทำงาน                                | ใบร้องขอการจ่ายค่าความพิการ                                                                                      | 16-7            |                                                                               |
| การจ่าย (ชดเชย) ครอบครัวยุติภัย ฯลฯ | อุบัติเหตุในการทำงาน, อุบัติภัยจากเหตุในการทำงานหลายแห่ง     | ใบร้องขอการจ่ายเงินประจำปีชดเชยครอบครัวผู้สูญเสีย และการจ่ายเงินประจำปีครอบครัวผู้สูญเสียพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง | 12              |                                                                               |
|                                     | อุบัติเหตุในการเดินทางไปทำงาน                                | ใบร้องขอการจ่ายเงินประจำปีครอบครัวผู้สูญเสีย                                                                     | 16-8            |                                                                               |
|                                     | อุบัติเหตุในการทำงาน, อุบัติภัยจากเหตุการทำงานหลายแห่ง       | ใบร้องขอการจ่ายเงินงวดชดเชยครอบครัวผู้สูญเสีย และการจ่ายเงินงวดครอบครัวผู้สูญเสียพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง         | 15              |                                                                               |
|                                     | อุบัติเหตุในการเดินทางไปทำงาน                                | ใบร้องขอการจ่ายเงินงวดครอบครัวผู้สูญเสีย                                                                         | 16-9            |                                                                               |
| ค่างานศพ ฯลฯ (การจ่ายค่างานศพ)      | อุบัติเหตุในการทำงาน, อุบัติภัยจากเหตุการทำงานหลายแห่ง       | ใบร้องขอค่างานศพ และการจ่ายค่างานศพพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง                                                       | 16              |                                                                               |
|                                     | อุบัติเหตุในการเดินทางไปทำงาน                                | ใบร้องขอการจ่ายค่างานศพ                                                                                          | 16-10           |                                                                               |
| การจ่าย (ชดเชย) การดูแล ฯลฯ         |                                                              | ใบร้องขอการจ่ายชดเชยการดูแล / การจ่ายค่าการดูแลพนักงานที่ทำงานหลายแห่ง / การจ่ายค่าการดูแล                       | 16-2-2          |                                                                               |