



สำนักงานประกันสังคม

สิทธิประโยชน์

กองทุนเงินทดแทน



วัตถุประสงค์

- เพื่อให้มีความคุ้มครองลูกจ้าง
ที่เจ็บป่วย หรือ ประสบอันตราย
ทุพพลภาพ สูญหาย หรือตาย
อันเนื่องมาจากการทำงาน
ไว้ให้แก่ลูกจ้าง หรือป้องกันรักษา
ผลประโยชน์ให้แก่ลูกจ้าง

การคุ้มครอง กองทุนเงินทดแทน

1. ประสบอันตราย

2. เจ็บป่วย

3. ทูพพลภาพ

4. ตายหรือสูญหาย

อันเนื่องมาจากการทำงาน

การประสบอันตราย

การที่ลูกจ้างได้รับอันตรายแก่กาย
หรือผลกระทบทางจิตใจ หรือ
ถึงแก่ความตาย

- ◆ เนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง
- ◆ ป้องกันรักษาผลประโยชน์ให้นายจ้าง
- ◆ ตามคำสั่งของนายจ้าง

การเจ็บป่วย

การที่ลูกจ้างเจ็บป่วยหรือถึง
แก่ความตายด้วยโรคที่เกิดขึ้น
ตามลักษณะหรือสภาพของงาน
หรือเนื่องจากการทำงาน

กรณีทุพพลภาพ (จ่ายค่าทดแทน 15 ปี)

1. ขาทั้งสองข้างขาด
2. มือทั้งสองข้างขาด
3. มือหนึ่งข้างกับเท้าหนึ่งข้างขาด

กรณีตาย

- ค่าทำศพ เป็นเงิน 100 เท่า
ของอัตราสูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวัน

สิทธิประโยชน์จากกองทุนเงินทดแทน

ค่าทดแทนได้รับ 60 % ของค่าจ้าง

① ค่ารักษาพยาบาล 50,000 บาท สูงสุด 1,000,000 บาท (ตามเงื่อนไข)

② ค่าทดแทน

★ กรณีหยุดงาน (ไม่สามารถทำงานติดต่อกันได้เกิน 3 วันแต่ไม่เกิน 1 ปี)

★ กรณีสูญเสียอวัยวะ (สูญเสียบางส่วน ค่าทดแทนไม่เกิน 10 ปี)

★ กรณีทุพพลภาพ (ค่าทดแทน 15 ปี)

★ กรณีตาย (ค่าทดแทน 8 ปี)

③ ค่าทำศพ (ค่าจัดการศพ 100 เท่าของอัตราสูงสุดของค่าจ้างรายวันขั้นต่ำ)

④ ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ

ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูฯ ด้านอาชีพ ไม่เกิน **24,000** บาท

2. ค่าใช้จ่ายในกระบวนการเวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ ด้านการแพทย์
ไม่เกิน **24,000** บาท



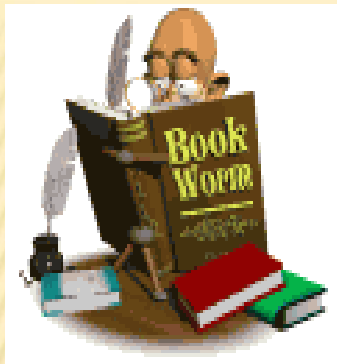
3. ค่าใช้จ่ายในกระบวนการบำบัดรักษาและการผ่าตัดเพื่อประโยชน์เป็น
การฟื้นฟูฯ ไม่เกิน **150,000** บาท

4. ค่าวัสดุและอุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ ไม่เกิน **160,000** บาท

รวมไม่เกิน **358,000** บาท

ค่ารักษาพยาบาล

1. เท่าที่จ่ายจริงและจำเป็น ไม่เกิน 50,000 บาท
2. กรณีรุนแรงเรื้อรัง เบิกได้ไม่เกิน 150,000 บาท
3. กรณีรุนแรงมาก เบิกได้ไม่เกิน 300,000 บาท
4. หากไม่เพียงพอให้จ่ายเพิ่มเป็น 500,000 บาท
ตามความเห็นคณะกรรมการแพทย์
5. ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าพยาบาล และค่าบริการทั่วไป
ไม่เกินวันละ 1,300 บาท (กรณีนอนโรงพยาบาล)



วิธีการใช้สิทธิ

เจ็บป่วย/ประสบอันตรายฯ

ยื่น กท.44

เข้ารักษาสถานพยาบาล

ใช้เงินสด

ส่ง กท. 16

สำเนา กท. 44

ใบรับรองแพทย์

ใบเสร็จรับเงิน

Browser tabs: http://www.sso.go.th/ | สำนักงานหลักประกัน... | Central office fo... | รายละเอียดผู้... | sso.go.th | ค้นหาผู้ประกันตน

File Edit View Favorites Tools Help

Central office for Healthc... | สำนักงานหลักประกันสุขภาพ... | สำนักงานหลักประกันสุขภาพ...

หน้าแรก

สำนักงานประกันสังคม
Social Security Office

ชื่อผู้ใช้ คุณ 121001301 ออกจากระบบ

เกี่ยวกับประกันสังคม | ข่าวสาร | สิทธิประโยชน์ | ตรวจสอบข้อมูล | บริการอิเล็กทรอนิกส์ | ข้อมูลสารสนเทศ | ร้องเรียนร้องทุกข์

ตรวจสอบข้อมูลสถานพยาบาล
Check Social Security Data

ข้อมูลสถิติ
รายงาน
การลงทุนกองทุนประกันสังคม
คู่มือ
แนวปฏิบัติกองทุนเงินทดแทน
กระบวนการปฏิบัติงานเรื่องร้องเรียน
คู่มือประชาชน คลิกเพื่อดูหลัก
ช่องทางกระจายเงินสมทบกองทุนประกันสังคม
รายชื่อสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน

สถานพยาบาล

ตรวจสอบข้อมูลประกันสังคม
ตรวจสอบสถานะ: พักพิพภาพ



สำนักงานประจักษ์ดิน

หนังสือรับรองของแพทย์ผู้รักษา

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง) เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
สถานที่ตรวจรักษา
โรงพยาบาล โทรศัพท์ โทรสาร

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยชื่อ นามสกุล เพศ อายุ ปี
H.N. A.N.

2. เข้ารับการรักษาครั้งแรกวันที่ เวลา น.
 กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน กรณีประสบอันตรายจากการทำงาน

3. สาเหตุของการเจ็บป่วย / ประเด็นอันตราย

4. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการที่สำคัญ

5. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ.
(Pertinent Physical Exam)

6. ผลการตรวจพิเศษ.
(Investigation)

7. การวินิจฉัยโรค (ให้ระบุชื่อโรคโดยใช้รหัส ICD) 1.
2.
3.

(Diagnosis)

โรคแทรก

8. การรักษา แนะนำ ยา, แนะนำ ผ่าตัด พักการอื่น ๆ ระบุ

(Treatment)
วันที่มีการผ่าตัด 1.
วันที่

2.
วันที่

9. ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว มีกำหนด เดือน วัน ตั้งแต่วันที่

วันที่สิ้นสุดการรักษา ยังไม่สิ้นสุดการรักษา

10. ผลการรักษา ดูรายละเอียดสภาพอย่างตรวจของแพทย์ 1. โรคละ

(Result) 2. โรคละ

3. โรคละ

ไม่มีการหยุดยั้ง

เสียชีวิตจากสาเหตุ

11. ความเห็นอื่น
(Comments)

ลงชื่อ แพทย์ผู้รักษา
วันที่ เดือน พ.ศ.



สำนักงานประกันสังคม

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

หัวข้อ (ชื่อลูกจ้าง).....เป็นลูกจ้างของ

.....ตั้งอยู่เลขที่.....

.....โทรศัพท์.....ซึ่งเป็นนายจ้างที่มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน

เลขที่บัญชี ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง เมื่อวันที่.....ณ สถานที่.....

.....

สาเหตุและลักษณะของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย.....

.....

โปรดให้การรักษายาบาลผู้ป่วยตามความจำเป็น เนื่องจากอันตรายที่ได้รับในครั้งนี้ด้วย และเรียกเก็บเงินค่ารักษายาบาลจาก.....

สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่..... สำนักงานประกันสังคมจังหวัด.....

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่า ในกรณีที่สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่.....สำนักงานประกันสังคมจังหวัด.....ปฏิเสธการจ่ายเงินค่ารักษายาบาลให้แก่สถานพยาบาลนี้ทั้งหมด หรือบางส่วน

ข้าพเจ้าจะเป็นผู้จ่ายเงินค่ารักษายาบาลทั้งหมดหรือส่วนที่เหลือให้แก่สถานพยาบาลนี้แทนลูกจ้างผู้รับการรักษาพยาบาลตามวงเงินที่กำหนดในกฎหมายเกี่ยวกับเงินทดแทน

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....นายจ้าง/ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ประทับตราของบริษัท หรือห้างร้าน (ถ้ามี)

หมายเหตุ สำหรับสถานพยาบาลในกรณีที่ส่งไปยังโปรดโทรศัพท์สอบถามไปยังนายจ้างผู้ส่งตัวลูกจ้างหรือโทรศัพท์สอบถามไปยัง

สำนักงานกองทุนเงินทดแทน โทร. 02-956-2726-9

สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่...../สำนักงานประกันสังคมจังหวัด.....โทร.....



ระยะเวลาการแจ้ง การประสบอันตราย



1

นายจ้างต้องแจ้งภายใน 15 วัน

2

ลูกจ้าง หรือ ผู้มีสิทธิ แจ้งภายใน 180 วัน

3

กรณีเจ็บป่วยเกิดขึ้นหลังสิ้นสภาพการเป็น

ลูกจ้างแจ้งภายในสองปี นับแต่วันที่ทราบการเจ็บป่วย

ไม่จ่ายเงินทดแทน ในกรณี

เสียชีวิตหรือตองของนางอนไม่สามารถตรวจสตาได้

จงใจให้ตนเองหรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนประสบอันตราย

