

ประกันภัยอุบัติเหตุ

การดำเนินการยื่นคำร้องขอรับผลประโยชน์
ประกันภัย (ชดเชย) ด้านการรักษาพยาบาล

กรณีที่ได้รับการรักษาพยาบาลอาการบาดเจ็บ/
เจ็บป่วยที่เกิดจากอุบัติเหตุในหน้าที่หรือ
ในการเดินทางไปกลับจากที่ทำงาน

กรมมาตรฐานแรงงานประจำจังหวัด
สำนักควบคุมมาตรฐานแรงงาน
กระทรวงแรงงาน



ผลประโยชน์ประกันภัยชดเชยด้านการรักษาพยาบาล (กรณีของอุบัติเหตุในที่ทำงาน) หรือผลประโยชน์ประกันภัยด้านการรักษาพยาบาล (กรณีของอุบัติเหตุในการเดินทางไปกลับ จากที่ทำงาน ต่อไปรวมเรียกว่า ผลประโยชน์ประกันภัย (ชดเชย) ด้านการรักษาพยาบาล) จัดสรรให้เมื่อคนงานจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล เนื่องจากได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย ในหน้าที่หรือในการเดินทางไปกลับจากสำนักงาน

ผลประโยชน์ประกันภัย (ชดเชย) ด้านการรักษาพยาบาล แบ่งออกเป็น "ผลประโยชน์ประกันภัย ด้านการรักษาพยาบาล" กับ "การจ่ายค่ารักษาพยาบาล"

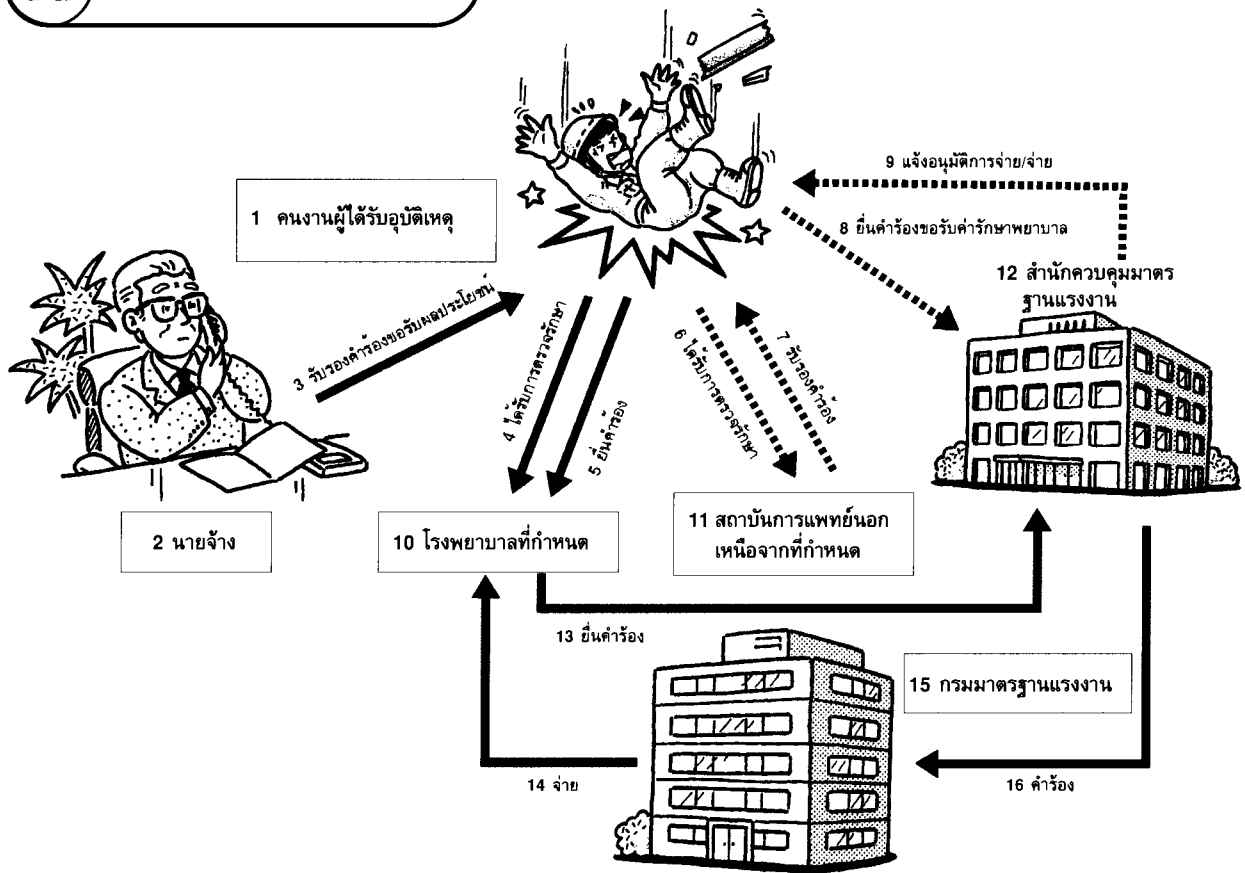
รายละเอียดผลประโยชน์ประกันภัย

- "ผลประโยชน์ประกันภัยด้านการรักษาพยาบาล" ได้แก่การจัดสรรผลประโยชน์ประกันภัยด้วยการ ให้บริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าที่โรงพยาบาลประกันภัยอุบัติเหตุ สถาบันการแพทย์ที่กำหนด หรือร้านขายยา (ต่อไปรวมเรียกว่าสถาบันการแพทย์ที่กำหนด)
- "การจ่ายค่ารักษาพยาบาล" ได้แก่การจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้เป็นเงินสดแก่ผู้ได้รับการรักษาพยาบาล ที่สถาบันการแพทย์ หรือร้านขายยาที่นอกเหนือจากสถาบันการแพทย์ที่กำหนด เนื่องจากไม่มีสถาบัน การแพทย์ที่กำหนดอยู่ในบริเวณใกล้เคียง
- ทั้งสองประเภทจัดสรรให้กับการรักษาพยาบาลในขอบข่าย และระยะเวลาภายใต้เงื่อนไขเดียวกัน ผลประโยชน์ประกันภัย (ชดเชย) ด้านการรักษาพยาบาลมีขอบข่ายการจัดสรรรวมค่ารักษาพยาบาล ค่าพยาบาลดูแล ค่าเคลื่อนย้าย และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่จำเป็นอื่นๆ และจ่ายให้จนกว่าจะ หายจากอาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย

"หายจากอาการ"

ผลประโยชน์ประกันภัย (ชดเชย) ด้านการรักษาพยาบาล จัดสรรให้จนกว่าจะ "หายจากอาการ" บาดเจ็บ/เจ็บป่วย "หายจากอาการ" ในที่นี้หมายถึงอาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยได้เข้าสู่ภาวะคงที่ แม้จะ ทำการรักษาทางการแพทย์ที่ผ่านการรับรองทางวิชาการแพทย์ศาสตร์โดยทั่วไป ก็ไม่สามารถหวังผล ของการรักษาพยาบาลได้อีกต่อไป ภาวะเช่นนี้เรียกว่า "อาการคงที่" ดังนั้น "หายจากอาการ" ไม่ได้หมายถึง กรณีที่ร่างกายกลับคืนสู่ภาวะปกติดังเดิมเสมอไป

A การดำเนินการยื่นคำร้อง



- กรณีขอรับผลประโยชน์ประกันภัยด้านการรักษาพยาบาลในการขอรับผลประโยชน์ประกันภัย (ชดเชย) ด้านการรักษาพยาบาล ให้ยื่นคำร้องขอรับผลประโยชน์ประกันภัยชดเชยด้านการรักษาพยาบาล/ขอรับผลประโยชน์ประกันภัยด้านการรักษาพยาบาล (แบบที่ 5) หรือคำร้องขอรับผลประโยชน์ประกันภัยด้านการรักษาพยาบาลเป็นผลประโยชน์ประกันภัย (แบบที่ 16-3) ต่อผู้อำนวยการสำนักควบคุมมาตรฐานแรงงาน ประจำเขต ผ่านทางสถาบันการแพทย์ที่กำหนด ที่ผู้ประสบอุบัติเหตุได้รับการรักษาพยาบาล
- กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาล ในการขอรับเงินค่ารักษาพยาบาล ให้ยื่นคำร้องขอรับผลประโยชน์ประกันภัยเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (แบบที่ 16-5) ต่อผู้อำนวยการสำนักควบคุมมาตรฐานแรงงาน ประจำเขต
- กรณีที่เปลี่ยนสถาบันการแพทย์ที่กำหนด ผู้ที่กำลังได้รับการรักษาพยาบาลอยู่ในสถาบันการแพทย์ที่กำหนด แต่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนไปรับการรักษาพยาบาลที่สถาบันการแพทย์ที่กำหนดแห่งอื่น เนื่องจากเดินทางกลับภูมิลำเนา ฯลฯ ให้ยื่นใบแจ้ง (ขอเปลี่ยน) โรงพยาบาลที่กำหนด ฯลฯ ที่ต้องการขอรับผลประโยชน์ประกันภัยชดเชยด้านการรักษาพยาบาล/ผลประโยชน์ประกันภัยด้านการรักษาพยาบาล (แบบที่ 6) หรือใบแจ้ง (ขอเปลี่ยน) โรงพยาบาลที่กำหนด ฯลฯ ที่ต้องการขอรับผลประโยชน์ประกันภัยด้านการรักษาพยาบาลเป็นผลประโยชน์ประกันภัย (แบบที่ 16-4) ต่อผู้อำนวยการสำนักควบคุมมาตรฐานแรงงาน ประจำเขต ผ่านทางสถาบันการแพทย์ที่กำหนดแห่งที่เปลี่ยนแล้ว

การหมดอายุความในการยื่นคำร้อง

ผลประโยชน์ประกันภัยด้านการรักษาพยาบาล เป็นการจัดสรรตามจริงจึงไม่มีปัญหาเรื่องหมดอายุความยื่นคำร้อง แต่สำหรับผลประโยชน์ประกันภัยที่จัดสรรเป็นเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ถ้าเวลาล่วงเลยเกิน 2 ปีนับตั้งแต่วันได้รับอนุมัติการจ่าย ถือว่าหมดอายุความ ทำให้หมดสิทธิในการขอรับเงินควรระวังในเรื่องนี้เป็นพิเศษ

ตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์ม

様式第5号(表面) 労働者災害補償保険

療養補償給付たる療養の給付請求書

裏面に記載してある注意事項をよく読んだ上で、記入してください。

標準字体

0	5	ア	カ	サ	タ	ハ	マ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ
2	7	フ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	ロ
4	9	オ	コ	ソ	ノ	ホ	モ	ヨ	ー

標準字体で記入してください。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

折り曲げる場合には(4)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

この欄は記入しないでください。

労働者災害補償保険

療養補償給付たる療養の給付請求書

① 管轄局番 ② 業種別 ③ 保留 ④ 受付年月日

⑤ 府県所管管轄 ⑥ 処理区分 ⑦ 支給・不支給決定年月日

⑧ 性別 ⑨ 労働者の生年月日 ⑩ 負傷又は発病年月日 ⑪ 再発年月日

⑫ 氏名 A-7 A-9 (歳) ⑬ 負傷又は発病の時刻

⑭ 住所 A-10 ⑮ 現認者の職名、氏名

⑯ 災害の原因及び発生状況 A-15

⑰ 指定病院等の名称 A-16 ⑱ 傷病の部位及び状態 A-17

⑲ 事業の名称 A-18 ⑳ 事業場の所在地 A-19 ㉑ 事業主の氏名 A-20

㉒ 労働者の所属事業場の名称・所在地 A-21

⑳ 請求人の氏名 A-22 ㉓ 請求年月日 A-23

㉔ 住所 A-27 ㉕ 氏名 A-28

㉖ 病診療院 ㉗ 請求人の住所 A-27 ㉘ 氏名 A-28

㉙ 支不支給給付決定決議書

署長	次長	課長	係長	係	決定年月日
調査年月日					不支給の理由
復命書番号	第 号	第 号	第 号	第 号	

(物品番号 7210 6.11)

- A - ① -----> 1. เอกสารนี้คือตัวอย่าง "คำร้องขอรับผลประโยชน์ประกันภัยชดเชยด้านการรักษาพยาบาลเป็นผลประโยชน์ประกันภัย"
- A - ② -----> 2. กรณีที่เป็นอุบัติเหตุในการเดินทางไปกลับจากที่ทำงานให้ใช้แบบที่ 16-3 "様式第 16 号の 3"
- A - ③ -----> 3. กรอกหมายเลขประกันภัยอุบัติเหตุตรวจสอบหมายเลขได้ที่นายจ้าง
- A - ④ -----> 4. เพศคนงานที่ได้รับอุบัติเหตุ ถ้าเป็นผู้ชายให้วง "1" ผู้หญิงให้วงที่ "3"
- A - ⑤ -----> 5. กรอกวันเดือนปีเกิดของคนงานผู้ประสบอุบัติเหตุ (ใช้ปีตามปฏิทินญี่ปุ่น)
- A - ⑥ -----> 6. วันเดือนปีที่ได้รับบาดเจ็บ หรือเกิดอาการเจ็บป่วย (ใช้ปีตามปฏิทินญี่ปุ่น)
- A - ⑦ -----> 7. กรอกชื่อของคนงานผู้ประสบอุบัติเหตุ
- A - ⑧ -----> 8. กรอกคำอ่านชื่อของคนงานผู้ประสบอุบัติเหตุด้วยอักษร คาตากานะ
(อ่านชื่อตนเองโดยออกเสียงให้ถูกต้อง วานคนที่รู้เรื่องดีช่วยเขียนให้)
- A - ⑨ -----> 9. กรอกอายุของคนงานผู้ประสบอุบัติเหตุ
- A - ⑩ -----> 10. กรอกที่อยู่ของคนงานผู้ประสบอุบัติเหตุ
- A - ⑪ -----> 11. กรอกประเภทของงาน อธิบายรายละเอียดของงานที่ทำให้ชัดเจน
- A - ⑫ -----> 12. กรอกเวลาที่ได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอาการเจ็บป่วยให้ถูกต้อง
- A - ⑬ -----> 13. กรอกอาชีพของผู้ยื่นยื่นข้อเท็จจริงในการเกิดอุบัติเหตุ (คนอื่นที่นอกเหนือจากผู้ประสบอุบัติเหตุ)
- A - ⑭ -----> 14. กรอกชื่อของผู้ยื่นยื่นข้อเท็จจริงในการเกิดอุบัติเหตุ (คนอื่นที่นอกเหนือจากผู้ประสบอุบัติเหตุ)
- A - ⑮ -----> 15. อธิบายให้ชัดเจนเกี่ยวกับอุบัติเหตุว่าได้เกิดขึ้น ณ สถานที่เช่นใด ขณะที่กำลังทำงานอะไร อยู่ในภาวะแวดล้อมลักษณะใด และอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร
- A - ⑯ & ⑰ -----> 16&17. เขียนชื่อ ที่อยู่ ฯลฯ ของโรงพยาบาลลงในช่องที่ 16 เขียนตำแหน่งและอาการที่ได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยลงในช่องที่ 17 สำหรับข้อ 16 และ 17 นี้ทางโรงพยาบาลเป็นผู้กรอก
- A - ⑱ ~ ⑳ -----> 18-20. สำหรับนายจ้างรับรองข้อเท็จจริงว่า คนงานประสบอุบัติเหตุเมื่อไร ในลักษณะอาการเช่นไร โดยให้นายจ้างกรอกชื่อสถานที่ทำงานลงในช่องที่ 18 ที่อยู่ของนายจ้างในช่องที่ 19 และชื่อของนายจ้างในช่องที่ 20 เป็นการรับรอง
- A - ㉑ -----> 21. กรอกสถานที่ทำงานที่คนงานสังกัดอยู่โดยตรง เช่น สำนักงานสาขา โรงงาน บริเวณก่อสร้าง ฯลฯ
- A - ㉒ -----> 22. กรอกชื่อสำนักควบคุมมาตรฐานแรงงานประจำเขตที่ตั้งของสถานที่ทำงานที่คนงานสังกัดอยู่โดยตรง
- A - ㉓ -----> 23. กรอกวันเดือนปีที่ยื่นคำร้อง
- A - ㉔ -----> 24. กรอกรหัสไปรษณีย์ที่อยู่ของผู้ยื่นคำร้อง
- A - ㉕ -----> 25. กรอกหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ยื่นคำร้อง
- A - ㉖ -----> 26. กรอกชื่อโรงพยาบาล
- A - ㉗ -----> 27. กรอกที่อยู่ของผู้ยื่นคำร้อง
- A - ㉘ -----> 28. กรอกชื่อของผู้ยื่นคำร้อง
- A - ㉙ -----> 29. ประทับตราชื่อหรือจะใช้ลายเซ็นก็ได้
- ช่องที่มีเครื่องหมาย * ไม่ต้องกรอกข้อความ
 - ในการกรอกข้อความในคำร้อง หากมีข้อสงสัยกรุณาสอบถามได้ที่ สำนักควบคุมมาตรฐานแรงงานหรือนายจ้าง

ในกรณีที่ประสบอุบัติเหตุขณะเดินทางไปกลับยังที่ทำงาน

様式16号の3 (裏面) B-① 通勤災害に関する事項

① 負傷又は発病の時刻	午前 午後	B-② 時 分	⑩ 災害発生の場所	B-③
② 災害発生の日の就業の場所	B-④		⑪ 災害発生の日の就業開始の予定時刻又は就業終了の時刻	午前 午後
③ 災害発生の日に住居を離れた時刻	午前 午後	B-⑥ 時 分	⑫ 災害発生の日に就業の場所を離れた時刻	午前 午後
④ 通常の通勤の経路、方法及び所要時間並びに災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路、方法、所要時間その他の状況	B-⑧			B-⑨ 時間 分 (通常の通勤所要時間)
⑤ 災害の原因及び発生状況	B-⑩			
⑥ 現認者の住所	B-⑪	電話番号		B-⑬ 局番
⑦ 現認者の氏名	B-⑫			

【項目記入にあたっての注意事項】

- 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、⑩欄及び⑪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。)
- 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、⑯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、⑭及び⑮は記入しないでください。
- ⑯は、請求人が健康保険の日雇特例被保険者でない場合には記載する必要はありません。
- ⑰は、災害が出動の際に生じたものである場合には就業開始の予定時刻を、災害が退勤の際に生じたものである場合には就業終了の時刻を記載してください。
- ⑱は、災害が退勤の際に生じたものである場合には記載する必要はありません。
- ⑲は、災害が出動の際に生じたものである場合には記載する必要はありません。
- ⑳は、通常の通勤の経路を図示し、災害発生の場所及び災害発生の日に住居又は就業の場所から災害発生の場所に至った経路を朱線等を用いてわかりやすく記載するとともに、その他の事項についてもできるだけ詳細に記載してください。
- ㉑は、どのような場所を、どのような方法で往復している際に、どのような物で又はどのような状況において、どのようなに災害が発生したかをわかりやすく記載してください。

【標準字体記入にあたっての注意事項】

□□□□で表示された記入枠に記入する文字は、光学的文字読取装置で直接読取りを行いますので、以下の注意事項に従って、表面の右上に示す標準字体で記入してください。

- 筆記用具は黒ボールペンを使用し、記入枠からはみださないように書いてください。
- 「促音」「よう音」などは大きく書き、濁点、半濁点は1文字として書いてください。

(例) キツテ →

キ	ツ	テ
---	---	---

 キヨ →

キ	ヨ
---	---

 バ →

ハ	バ
---	---

- | | | | |
|---|---|---|---|
| シ | ツ | ソ | ン |
|---|---|---|---|

 は斜の弧を書きはじめるとき、小さくカギをつけてください。

- | |
|---|
| 1 |
|---|

 はカギをつけずに垂直に、

4

 の2本の縦線は上で閉じないで書いてください。

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削字 加字	社会保険 労務士 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
--------------------	----------	--------------------	----------------------	----	------

- B - ① -----> 1. เอกสารนี้คือ "รายละเอียดเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุในการเดินทางไปกลับยังที่ทำงาน" ที่อยู่ด้านหลังของคำร้องขอรับ "ผลประโยชน์ประกันภัยชดเชยด้านการรักษาพยาบาลเป็นผลประโยชน์ประกันภัย" "ไม่มีช่องแบบเดียวกันให้กรอกในคำร้องแบบที่ 5 "様式第 5 号" "คำร้องขอรับผลประโยชน์ประกันภัยชดเชยด้านการรักษาพยาบาลเป็นผลประโยชน์ประกันภัย"
- B - ② -----> 2. เวลาที่ได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอาการเจ็บป่วย
- B - ③ -----> 3. สถานที่ที่เกิดอุบัติเหตุ
- B - ④ -----> 4. สถานที่ทำงานในวันที่เกิดอุบัติเหตุ
- B - ⑤ -----> 5. กรณีที่เกิดอุบัติเหตุเมื่อไปทำงาน ให้กรอกกำหนดเวลาเริ่มทำงาน เกิดอุบัติเหตุเมื่อเลิกงาน ให้กรอกกำหนดเวลาเลิกงาน
- B - ⑥ -----> 6. กรอกเวลาออกจากที่อยู่ในวันที่เกิดอุบัติเหตุ แต่ถ้าเป็นกรณีที่อุบัติเหตุเกิดเมื่อเลิกงานไม่จำเป็นต้องกรอก
- B - ⑦ -----> 7. กรอกเวลาออกจากที่ทำงานในวันที่เกิดอุบัติเหตุ แต่ถ้าเป็นกรณีที่อุบัติเหตุเกิดในตอนมาทำงาน ไม่จำเป็นต้องกรอก
- B - ⑧ -----> 8. เขียนแผนผังเส้นทางเดินทางไปกลับยังที่ทำงาน แสดงเส้นทางและวิธีเดินทางจากที่อยู่หรือที่ทำงาน ผ่านตรงที่เกิดอุบัติเหตุ และในวันที่เกิดอุบัติเหตุ
- B - ⑨ -----> 9. เวลาที่ใช้ในการเดินทางไปกลับยังที่ทำงานตามปกติ
- B - ⑩ -----> 10. อธิบายให้ชัดเจนเกี่ยวกับอุบัติเหตุว่าได้เกิดขึ้น ณ สถานที่เช่นใด ขณะที่กำลังทำงานอะไร อยู่ในภาวะแวดล้อมลักษณะใด และอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร
- B - ⑪ ~ ⑬ -----> 11-13. ถ้ามีผู้ยืนยันข้อเท็จจริงในการเกิดอุบัติเหตุ (คนอื่นที่นอกเหนือจากผู้ประสบอุบัติเหตุ) ให้กรอกที่อยู่ลงในช่องที่ 11 ชื่อลงในช่องที่ 12 หมายเลขโทรศัพท์ลงในช่องที่ 13

- C - ① -----> 1. เอกสารนี้คือ "คำร้องขอรับผลประโยชน์ประกันภัยชดเชยด้านการรักษาพยาบาลเป็นเงินค่ารักษาพยาบาล"
- C - ② -----> 2. กรณีที่เป็นอุบัติเหตุในการเดินทางไปกลับยังที่ทำงาน ให้ใช้แบบที่ 16-5(1) "様式第 16 号の 5(1)"
- C - ③ -----> 3. กรอกหมายเลขประกันภัยอุบัติเหตุ ตรวจสอบได้ที่นายจ้าง
- C - ④ -----> 4. ถ้าได้รับเงินปีประกันภัยอุบัติเหตุ ให้กรอกหมายเลขใบรับรองเงินปี
- C - ⑤ -----> 5. เพศของพนักงานผู้ประสบอุบัติเหตุ ถ้าเป็นชายให้วงที่ "1" ถ้าเป็นหญิงให้วงที่ "2"
- C - ⑥ -----> 6. กรอกวันเดือนปีเกิดของพนักงานผู้ประสบอุบัติเหตุ (ใช้ปีตามปฏิทินญี่ปุ่น)
- C - ⑦ -----> 7. วันเดือนปีที่ได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอาการเจ็บป่วย (ใช้ปีตามปฏิทินญี่ปุ่น)
- C - ⑧ -----> 8. กรอกชื่อของพนักงานผู้ประสบอุบัติเหตุ
- C - ⑨ -----> 9. กรอกคำอ่านชื่อของพนักงานผู้ประสบอุบัติเหตุด้วยอักษร คาตากานะ (อ่านชื่อตนเองโดยออกเสียงให้ถูกต้อง
วานคนที่รู้เรื่องดีช่วยเขียนให้)
- C - ⑩ -----> 10. กรอกอายุของพนักงานผู้ประสบอุบัติเหตุ
- C - ⑪ -----> 11. กรอกที่อยู่ของพนักงานผู้ประสบอุบัติเหตุ กรณีที่เป็นสมาชิกประกันภัยสวัสดิการเงินปี ให้กรอกหมายเลขพื้นฐานเงินปี
- C - ⑫ ~ ⑮ -----> 12-18. สำหรับผู้ที่เปิดบัญชีธนาคารใหม่หรือเปลี่ยนบัญชีธนาคารที่ต้องการโอน เงินเข้า ช่องที่ 12 ผู้ที่เปิดบัญชี
ธนาคารใหม่ให้วง "新規" ผู้ที่เปลี่ยนบัญชีให้วง "変更" แล้วกรอกชื่อสถาบันการเงินลงในช่องที่ 13
กรอกชื่อสาขาของสถาบันการเงินลงในช่องที่ 14 ชื่อเจ้าของบัญชีเงินฝากลงในช่องที่ 15 หมายเลขบัญชี
เงินฝากลงในช่องที่ 16 ชื่อเจ้าของบัญชีเป็นอักษรคาตากานะลงในช่องที่ 17 สำหรับช่องที่ 18 ให้ระบุประเภท
เงินฝาก ถ้าเป็นเงินฝากธรรมดาให้วงที่ "1" ถ้าเป็นเงินฝากกระแสรายวัน ให้วงที่ "3"
- C - ⑰ ~ ⑳ -----> 19-21. สำหรับนายจ้างรับรองข้อเท็จจริงว่า พนักงานประสบอุบัติเหตุเมื่อไร ในลักษณะอาการเช่นไร โดยให้นายจ้าง
กรอกชื่อหน่วยงานลงในช่องที่ 19 ที่อยู่ของนายจ้างลงในช่องที่ 20 และชื่อของนายจ้างลงในช่องที่ 21 เป็นการรับรอง
- C - ㉑ ~ ㉓ -----> 22-28. ให้นายแพทย์หรือทันตแพทย์เป็นผู้กรอก ช่องที่ 22 กรอกระยะเวลาที่ทำการรักษาพยาบาล ช่องที่ 23
กรอกตำแหน่งที่เกิดอาการและชื่ออาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย ช่องที่ 24 ความคืบหน้าของอาการ ช่องที่ 25
กรอกจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาล ช่องที่ 26 ที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือคลินิก ช่องที่ 27 ชื่อโรงพยาบาลหรือคลินิก
ช่องที่ 28 กรอกชื่อเจ้าหน้าที่การเงินของโรงพยาบาลหรือคลินิก
- C - ㉔ ~ ㉖ -----> 29-31. สำหรับผู้ที่จ่ายค่าพยาบาลดูแล ช่องที่ 29 กรอกระยะเวลาที่ได้รับการพยาบาลดูแล ช่องที่ 30
ถ้าผู้ทำการพยาบาลดูแลเป็นนางพยาบาลผู้มีวุฒิให้วงที่ "有" ถ้าเป็นนางพยาบาลที่ไม่มีวุฒิให้วงที่ "無" และ
กรอกจำนวนเงินที่ได้จ่ายเป็นค่าพยาบาลดูแลลงในช่องที่ 31
- C - ㉗ ~ ㉙ -----> 32-35. สำหรับกรณีที่มีการจ่ายค่าเคลื่อนย้าย ให้กรอกช่วงที่มีการเคลื่อนย้ายจากที่ใดถึงที่ใดลงในช่องที่ 32 ช่องที่ 33
กรอกระยะทางที่ี่ยวเดียวหรือไปกลับ ช่องที่ 34 กรอกจำนวนครั้งของการเคลื่อนย้าย ช่องที่ 35 กรอกจำนวนเงิน
ที่จ่ายเป็นค่าบริการเคลื่อนย้าย
- C - ㉚ ~ ㉛ -----> 36-37. กรณีที่มีการจ่ายค่าตรวจรักษาที่นอกเหนือไปจากข้างต้น ให้กรอกจำนวนใบแจ้งหนี้หรือใบเสร็จรับเงิน
ที่แสดงรายละเอียดการจ่ายลงในช่องที่ 36 และจำนวนเงินลงในช่องที่ 37
- C - ㉜ -----> 38. กรอกเหตุผลที่ไม่ได้รับผลประโยชน์ประกันภัยด้านค่ารักษาพยาบาล
- C - ㉝ -----> 39. กรอกรวมค่าใช้จ่ายในการรักษา (รวมจำนวนเงินในช่องที่ 25, 31, 35 และ 37)
- C - ㉞ -----> 40. กรอกชื่อสำนักควบคุมมาตรฐานแรงงานประจำเขตที่ตั้งของที่ทำงานที่คนงานสังกัดโดยตรง
- C - ㉟ -----> 41. กรอกวันเดือนปีที่ยื่นคำร้อง
- C - ㊱ -----> 42. กรอกรหัสไปรษณีย์ที่อยู่ของผู้ยื่นคำร้อง
- C - ㊲ -----> 43. กรอกหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ยื่นคำร้อง
- C - ㊳ -----> 44. กรอกที่อยู่ของผู้ยื่นคำร้อง
- C - ㊴ -----> 45. กรอกชื่อของผู้ยื่นคำร้อง
- C - ㊵ -----> 46. ประทับตราชื่อ หรือจะใช้ลายเซ็นก็ได้

เมื่อเปลี่ยนโรงพยาบาลที่กำหนดไว้สำหรับเบี้ยประกัน

D-2
 様式第6号

労働者災害補償保険
D-1
療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届

D-3 労働基準監督署長 殿

D-4 年 月 日

(D-5 病 院 所 経 由) (郵便番号 D-6)
 診療 療 所 局
 訪問看護事業者 局 番
 住 所 D-7 電話番号 D-8 番
 局 方
 届出人の 氏 名 D-9 D-10 @

下記により療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等を(変更するので)届けます。

【注 意】
 一、事項を選択する場合には該当する事項を丸で囲むこと。
 二、⑤は、①、②、③、④、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、
 三、傷病補償年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の事業主の証明は受ける必要がないこと。
 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、
 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、

① 労働保険番号 府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号	③ 氏 名 D-13 (男・女) D-14 D-15 D-16	④ 負傷又は発病年月日 D-19 年 月 日 午前 時 分 頃
⑤ 災害の原因及び発生状況 D-20		
③の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。 年 月 日 事業の名称 郵便番号 D-21 局番 事業場の所在地 D-22 電話番号 事業主の氏名 D-23 @ (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)		
⑥ 指定病院等の変更	変更前の名称 所在地	D-24 (労災指定医番号) D-25
	変更後の名称 所在地	D-26 D-27
	変更理由	D-28
⑦ 傷病補償年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の	名称	D-29
	所在地	D-30
⑧ 傷 病 名	D-31	

(物品番号 6213) 10.2.

- D - ① -----> 1. ใบแจ้ง (ขอเปลี่ยน) โรงพยาบาลที่กำหนด ฯลฯ ที่ต้องการขอรับผลประโยชน์ประกันภัยด้านการรักษาพยาบาลเป็นผลประโยชน์ประกันภัย
- D - ② -----> 2. กรณีที่เป็นอุบัติเหตุเกิดในที่ทำงานให้ใช้คำร้องแบบที่ 16-4 "様式第 16 号の 4"
- D - ③ -----> 3. กรอกชื่อสำนักควบคุมมาตรฐานแรงงานประจำเขตที่ตั้งของสถานที่ทำงานที่คนงานสังกัดอยู่โดยตรง
- D - ④ -----> 4. กรอกวันเดือนปีที่ยื่นคำร้อง
- D - ⑤ -----> 5. กรอกชื่อโรงพยาบาลที่ย้ายเข้า
- D - ⑥ -----> 6. กรอกรหัสไปรษณีย์ที่อยู่ของผู้ที่ยื่นคำร้อง
- D - ⑦ -----> 7. กรอกที่อยู่ของผู้ที่ยื่นคำร้อง
- D - ⑧ -----> 8. กรอกหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ที่ยื่นคำร้อง
- D - ⑨ -----> 9. กรอกชื่อของผู้ที่ยื่นคำร้อง
- D - ⑩ -----> 10 . ประทับตราชื่อหรือจะใช้ลายเซ็นต์แทนก็ได้
- D - ⑪ -----> 11. กรอกหมายเลขประกันภัยอุบัติเหตุตรวจสอบหมายเลขได้ที่นายจ้าง
- D - ⑫ -----> 12. ผู้ที่ได้รับเงินปีประกันภัยอุบัติเหตุ ให้กรอกหมายเลขใบรับรองเงินปี
- D - ⑬ -----> 13. กรอกชื่อของคนงานผู้ประสบอุบัติเหตุ
- D - ⑭ -----> 14. เพศคนงานที่ได้รับอุบัติเหตุ ถ้าเป็นผู้ชายให้วง "男" ผู้หญิงให้วงที่ "女"
- D - ⑮ -----> 15. กรอกวันเดือนปีเกิดของคนงานผู้ประสบอุบัติเหตุ
- D - ⑯ -----> 16. กรอกอายุของคนงานผู้ประสบอุบัติเหตุ
- D - ⑰ -----> 17. กรอกที่อยู่ของคนงานผู้ประสบอุบัติเหตุ
- D - ⑱ -----> 18. กรอกประเภทของงาน และอธิบายรายละเอียดของงานที่ทำให้ชดเชย
- D - ⑲ -----> 19. กรอกเวลาและวันเดือนปีที่ได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอาการเจ็บป่วย
- D - ⑳ -----> 20. อธิบายให้ชัดเจนเกี่ยวกับอุบัติเหตุว่าได้เกิดขึ้น ณ สถานที่เช่นใด ขณะที่กำลังทำงานอะไร อยู่ในภาวะแวดล้อมลักษณะใด และอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร
- D - ㉑ ~ ㉓ -----> 21-23. สำหรับนายจ้างรับรองข้อเท็จจริงว่า คนงานประสบอุบัติเหตุเมื่อไร ในลักษณะอาการเช่นไร โดยให้นายจ้างกรอกชื่อสถานที่ทำงานลงในช่องที่ 21 ที่อยู่ของนายจ้างในช่องที่ 22 และชื่อของนายจ้างในช่องที่ 23 เป็นการรับรอง
- D - ㉔ -----> 24. กรอกชื่อโรงพยาบาลที่กำหนด ฯลฯ ที่รับการรักษาพยาบาลก่อนย้าย
- D - ㉕ -----> 25. กรอกที่ตั้งของโรงพยาบาลที่กำหนด ฯลฯ ที่รับการรักษาพยาบาลก่อนย้าย
- D - ㉖ -----> 26. กรอกชื่อโรงพยาบาลที่กำหนด ฯลฯ ที่ย้ายเข้าไปรับการรักษาพยาบาล
- D - ㉗ -----> 27. กรอกที่ตั้งของโรงพยาบาลที่กำหนด ฯลฯ ที่ย้ายเข้าไปรับการรักษาพยาบาล
- D - ㉘ -----> 28. อธิบายเหตุผลที่ทำให้ต้องย้ายโรงพยาบาลที่กำหนด
- D - ㉙ ~ ㉚ -----> 29-30. ช่องที่ 29 กรอกชื่อ ช่องที่ 30 กรอกที่ตั้งของโรงพยาบาลที่กำหนด ฯลฯ ที่จะได้รับการจัดสรรผลประโยชน์ประกันภัยด้านการรักษาพยาบาล หลังที่ได้รับการจัดสรรเงินปีชดเชยการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย
- D - ㉛ -----> 31. กรอกชื่ออาการบาดเจ็บ/ชื่อโรค