

ประกันภัยอุบัติเหตุ

การดำเนินการยื่นคำร้องขอรับผลประโยชน์  
ประกันภัย (ชดเชย) การพยาบาลดูแล

กรณีที่ได้รับการดูแลพยาบาล  
เนื่องจากมีอาการพิการทางร่างกาย  
ในระดับหนึ่งที่กำหนด  
เนื่องมาจากอุบัติเหตุในการเดินทาง  
ไปกลับยังที่ทำงาน

กรมมาตรฐานแรงงานประจำจังหวัด  
สำนักควบคุมมาตรฐานแรงงาน  
กระทรวงแรงงาน



กรณีของคณงานผู้อยู่ในข่ายระดับความพิการชั้นที่ 1 ทั้งหมด กับคณงานผู้มีอาการพิการที่อวัยวะส่วนนอก/ส่วนห้อง และระบบจิตประสาทอยู่ในข่ายระดับชั้นที่ 2 ตามเงื่อนไขการรับเงินปี (ชดเชย) ความพิการ หรือเงินปี (ชดเชย) การบาดเจ็บ/เจ็บป่วย กำลังอยู่ในระหว่างรับการพยาบาลดูแล จะได้รับผลประโยชน์ประกันภัยชดเชยด้านการพยาบาลดูแล (กรณีของอุบัติเหตุในหน้าที่) หรือผลประโยชน์ประกันภัยด้านการพยาบาลดูแล (กรณีของอุบัติเหตุในการเดินทางไปกลับยังที่ทำงาน ต่อไปรวมเรียกว่า ผลประโยชน์ (ชดเชย) ด้านการพยาบาล)

## เงื่อนไขการจัดสรรผลประโยชน์ประกันภัย

### 1 ผู้รับผลประโยชน์ประกันภัยจะต้องมีอาการพิการอยู่ในระดับหนึ่งที่กำหนด

ผลประโยชน์ (ชดเชย) ด้านการพยาบาล แบ่งออกตามอาการของความพิการที่จำเป็นต้องได้รับการพยาบาลดูแลเป็นประจำ กับที่จำเป็นต้องได้รับการพยาบาลดูแลเป็นครั้งคราว อาการของความพิการที่จำเป็นต้องได้รับการพยาบาลดูแลเป็นประจำหรือเป็นครั้งคราวมีดังนี้

	รายละเอียดของอาการพิการของคณงานที่ต้องได้รับการพยาบาลดูแล
การพยาบาลดูแลเป็นประจำ	① คณงานผู้ประสบอุบัติเหตุมีอาการพิการที่อวัยวะส่วนนอก และห้อง/ระบบจิตประสาท จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นประจำ (ระดับอาการพิการชั้น 1 ข้อ 3-4 อาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยชั้น 1 ข้อ 1-2) ② ผู้ที่เสียขาทั้งสองข้าง กับมีอาการพิการเข้าข่ายระดับความพิการหรืออาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยชั้น 1-2) ผู้ที่เสียแขนหรือขาทั้งสองข้าง หรืออยู่ในอาการที่ต้องตัดทั้งจำเป็นต้องได้รับการพยาบาลดูแลในระดับเดียวกับกรณีข้อ (1)
การพยาบาลดูแลเป็นครั้งคราว	① คณงานผู้ประสบอุบัติเหตุมีอาการพิการที่อวัยวะส่วนนอก และห้อง/ระบบจิตประสาท จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นประจำ (ระดับอาการพิการชั้น 2 ข้อ 2-2, 2-3 ระดับอาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยชั้น 2 ข้อ 1-2) ② ผู้มีอาการพิการระดับชั้น 1 หรือ ระดับอาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยชั้น 1 ที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการพยาบาลดูแลเป็นประจำ

### 2 อยู่ในระหว่างการรับพยาบาลดูแล

ผู้รับผลประโยชน์ประกันภัยจะต้องเป็นผู้ที่กำลังอยู่ในการพยาบาลดูแลของบริการพยาบาลดูแลเอกชนที่ต้องเสียค่าบริการจากญาติ เพื่อน หรือคนรู้จัก ฯลฯ

### 3 ต้องเป็นผู้ที่ไม่ได้เข้ารับการพยาบาลดูแลอยู่ในสถานสงเคราะห์คนร่างกายพิการ สถานือนามัยคนชรา สถานสงเคราะห์พิเศษสำหรับคนชรา สถานสงเคราะห์พิเศษสำหรับผู้ประสภภัยปรมาณู หรือสถานสงเคราะห์พิเศษประกันภัยอุบัติเหตุ

ทั้งนี้เพราะในระหว่างที่เข้าไปอยู่ในสถานดังกล่าวข้างต้นนี้ จะได้รับบริการพยาบาลดูแลอย่างเพียงพอแล้ว จึงไม่อยู่ในข่ายได้รับผลประโยชน์ประกันภัย

## รายละเอียดผลประโยชน์ประกันภัย

ยอดจ่ายผลประโยชน์ประกันภัย (ชดเชย) ด้านการพยาบาลดูแลมีดังนี้

### 1) กรณีการพยาบาลดูแลเป็นประจำ

จ่ายให้เท่ากับจำนวนเงินที่จ่ายเป็นค่าพยาบาลดูแล (ภายในวงเงินไม่เกิน <sup>106,100</sup> 108,300 เยน)  
 กรณีที่ญาติ เพื่อน หรือคนรู้จักเป็นผู้พยาบาลดูแลโดยไม่มีการจ่ายค่าพยาบาลดูแล หรือมีการจ่าย  
 แต่เป็นจำนวนเงินไม่ถึง <sup>57,580</sup> 58,750 เยน จะจ่ายในอัตราที่กำหนดตายตัวจำนวน <sup>57,580</sup> 58,750 เยน

### 2) กรณีการพยาบาลดูแลเป็นครั้งคราว

จ่ายให้เท่ากับจำนวนเงินที่จ่ายเป็นค่าพยาบาลดูแล (ภายในวงเงินไม่เกิน <sup>53,050</sup> 54,150 เยน)  
 กรณีที่ญาติ เพื่อน หรือคนรู้จักเป็นผู้พยาบาลดูแลโดยไม่มีการจ่ายค่าพยาบาลดูแล หรือมีการจ่าย  
 แต่เป็นจำนวนเงินไม่ถึง <sup>28,790</sup> 29,380 เยน จะจ่ายในอัตราที่กำหนดตายตัวจำนวน <sup>28,790</sup> 29,380 เยน

กรณีที่ได้รับการพยาบาลดูแลในช่วงระหว่างเดือนจะพิจารณาจ่ายดังนี้

① ผู้ที่เริ่มได้รับการพยาบาลดูแลในระหว่างเดือนโดยจ่ายค่าพยาบาลดูแล และได้รับค่าพยาบาลดูแล  
 ภายในวงเงินที่กำหนด

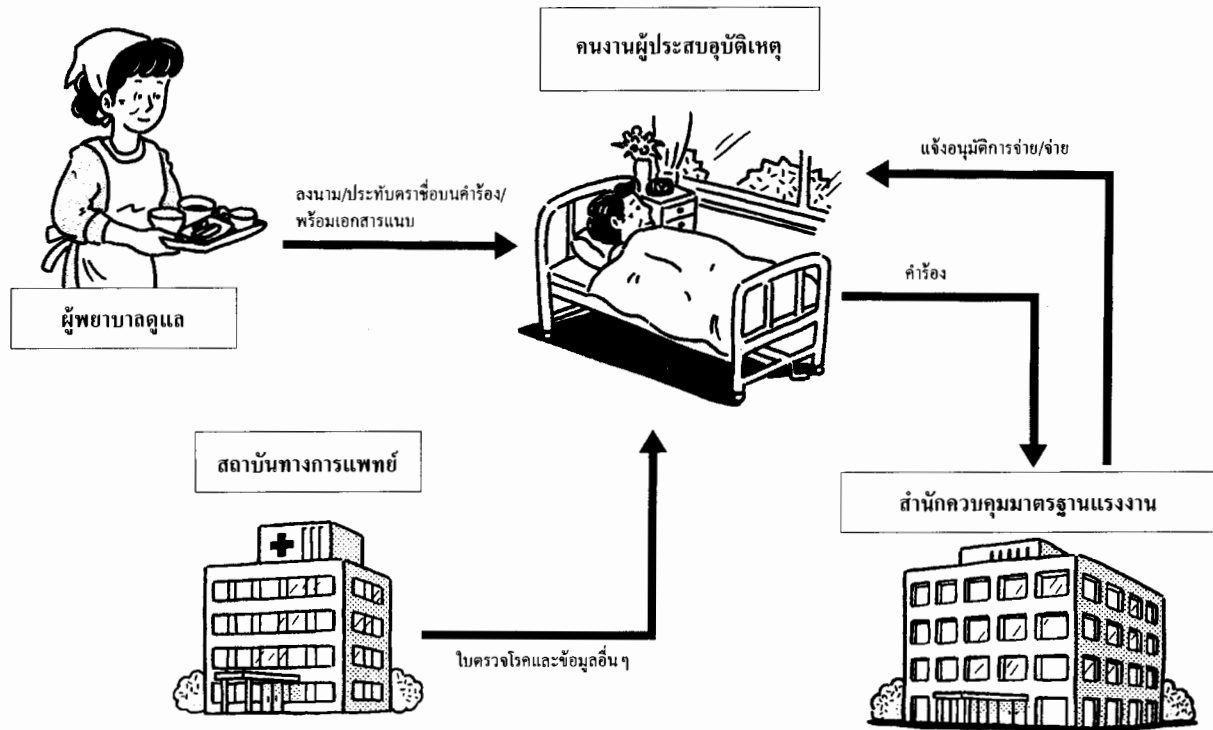
② ผู้ที่เริ่มได้รับการพยาบาลดูแลในระหว่างเดือน โดยญาติ เพื่อน หรือคนรู้จักเป็นผู้พยาบาลดูแล  
 โดยไม่มีการจ่ายค่าพยาบาลดูแล จะไม่จ่ายค่าพยาบาลดูแลสำหรับเดือนนั้น

(ตัวอย่าง) คนงานผู้หนึ่งได้รับการพยาบาลดูแลจากญาติ ฯลฯ โดยเริ่มจากช่วงระหว่างเดือนตุลาคม



ในกรณีเช่นนี้ ให้กรอกเดือนที่เริ่มรับการพยาบาลดูแลลงในช่อง "เดือน/ปีที่ขอรับ" ในคำร้อง (ตามตัวอย่าง  
 ได้แก่เดือนตุลาคม พ.ศ.0000)

## การดำเนินการยื่นคำร้อง



ผู้ต้องการขอรับผลประโยชน์ประกันภัย (ชดเชย) ด้านการพยาบาลดูแล ให้ยื่นคำร้องขอรับผลประโยชน์ประกันภัยชดเชยด้านการพยาบาลดูแล/ผลประโยชน์ประกันภัยด้านการพยาบาลดูแล (คำร้องแบบที่ 16-2-2) แนบพร้อมใบตรวจโรคของนายแพทย์หรือทันตแพทย์ และใบรับรองค่าใช้จ่ายในการพยาบาลดูแล (สำหรับผู้ที่ไม่มีค่าใช้จ่ายค่าพยาบาลดูแล ไม่จำเป็นต้องแนบ) ต่อผู้อำนวยการสำนักควบคุมมาตรฐานแรงงานประจำเขต

กรณีที่ผู้ได้รับเงินปี (ชดเชย) การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยที่อยู่ในข่ายระดับความพิการขั้นที่ 1 ข้อ 3 และข้อ 4 หรือ ขั้นที่ 2 ข้อ 2-2 / ข้อ 2-3 และผู้ที่ได้รับค่าพยาบาลดูแลสวัสดิการแรงงาน ไม่จำเป็นต้องแนบบใบตรวจโรค

สำหรับการขอรับผลประโยชน์ประกันภัย (ชดเชย) ด้านการพยาบาลดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่จำเป็นต้องยื่นใบตรวจโรคตั้งแต่การขอรับครั้งที่ 2 เป็นต้นไป

การขอรับผลประโยชน์ประกันภัย (ชดเชย) ด้านการพยาบาลดูแล ตามปกติจะขอรับในแต่ละเดือน แต่จะขอรับรวมคราวละ 3 เดือนก็ได้

## การหมดอายุความในการยื่นคำร้อง

ในการขอรับผลประโยชน์ประกันภัย (ชดเชย) ด้านการพยาบาลดูแลนั้น ถ้าเวลาว่างเลยไปเกิน 2 ปีนับตั้งแต่วันที่ 1 ของเดือนต่อจากเดือนที่ได้รับการพยาบาลดูแล นับเป็นการหมดอายุความ ทำให้หมดสิทธิขอรับ จึงควรระวังในเรื่องนี้เป็นสำคัญ



- A - ① -----> 1. เอกสารนี้คือ "คำร้องขอรับผลประโยชน์ประกันภัย (ชดเชย) ด้านการพยาบาลดูแล"
- A - ② -----> 2. วงตรงข้อที่ต้องการขอรับ กรณีของอุบัติเหตุในหน้าที่ให้วงที่ "介護補償給付" กรณีของอุบัติเหตุในการเดินทางไปกลับยังที่ทำงานให้วงที่ "介護給付"
- A - ③ -----> 3-4. สำหรับผู้ที่ได้รับเงินปีประกันภัยอุบัติเหตุ ให้กรอกหมายเลขใบรับรองเงินปีลงในช่องที่ 3 ตรงของเงินปีที่ได้รับให้กรอก V และระดับขั้น
- A - ④ -----> 5. กรอกชื่อของผู้ยื่นคำร้อง
- A - ⑤ -----> 6. กรอกคำอ่านชื่อของคณงานผู้ประสบอุบัติเหตุด้วยอักษร คาตากานะ (อ่านชื่อตนเองโดยออกเสียงให้ถูกต้องวานคนที่รู้เรื่องดีช่วยเขียนให้)
- A - ⑥ -----> 7. กรอกวันเดือนปีเกิดของผู้ยื่นคำร้อง
- A - ⑦ -----> 8. กรอกที่อยู่ของผู้ยื่นคำร้อง
- A - ⑧ -----> 9. กรอกเดือน/ปีที่ขอรับผลประโยชน์ประกันภัย (ชดเชย) ด้านการพยาบาลดูแล ตามปฏิทินญี่ปุ่น
- A - ⑨ -----> 10-11. กรณีที่มีการจ่ายค่าพยาบาลดูแลในเดือน/ปีที่ขอรับ ให้กรอกจำนวนวันลงในช่องที่ 10 และจำนวนเงินค่าใช้จ่ายลงในช่องที่ 11
- A - ⑩ -----> 12-18. สำหรับผู้ที่เปิดบัญชีธนาคารใหม่หรือเปลี่ยนบัญชีธนาคารที่ต้องการให้ออนเงินเข้า ผู้ที่เปิดบัญชีใหม่ให้วง "新規" ผู้ที่เปลี่ยนบัญชีให้วง "変更" แล้วกรอกชื่อสถาบันการเงินลงในช่องที่ 13 กรอกชื่อสาขาของสถาบันการเงินลงในช่องที่ 14 ชื่อเจ้าของบัญชีเงินฝากลงในช่องที่ 15 หมายเลขบัญชีเงินฝากลงในช่องที่ 16 ชื่อเจ้าของบัญชีเป็นอักษรคาตากานะลงในช่องที่ 17 สำหรับช่องที่ 18 ให้ระบุประเภทเงินฝาก ถ้าเป็นเงินฝากธรรมดาให้วงที่ "1" ถ้าเป็นเงินฝากกระแสรายวัน ให้วงที่ "3"
- A - ⑪ -----> 19. สถานที่ที่ได้รับการพยาบาลดูแล ถ้าเป็นที่บ้านให้วงข้อ "イ" ถ้าเป็นที่สถานสงเคราะห์ให้วงข้อ "ロ"
- A - ⑫ -----> 20. สำหรับผู้ที่วงข้อ "ロ" ในช่องที่ 19 ให้เขียนตำบลที่ตั้ง ชื่อ และหมายเลขโทรศัพท์ของสถานสงเคราะห์นั้น
- A - ⑬ -----> 21. ผู้ทำการพยาบาลดูแล ถ้าเป็นญาติให้วงข้อ "イ" เพื่อน/คนรู้จัก ให้วงข้อ "ロ" นางพยาบาล/ผู้ดูแลงานบ้านหรือผู้ช่วยพยาบาล ให้วงข้อ "ハ" เจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์ให้วงข้อ "ニ"
- A - ⑭ -----> 22-25. สำหรับผู้ที่วงข้อ "イ" หรือข้อ "ロ" ในช่องที่ 21 ให้กรอกชื่อผู้ทำการพยาบาลดูแลลงในช่องที่ 22 วันเดือนปีเกิดของผู้ทำการพยาบาลดูแลลงในช่องที่ 23 ความสัมพันธ์ของคณงานกับผู้ทำการพยาบาลดูแลลงในช่องที่ 24 และให้เขียนระยะเวลาและจำนวนวันที่ได้รับการพยาบาลดูแลลงในช่องที่ 25
- A - ⑮ -----> 26. วงประเภทของผลประโยชน์ประกันภัยที่ขอรับ กรณีของอุบัติเหตุในหน้าที่ให้วงที่ "介護補償給付" กรณีของอุบัติเหตุในการเดินทางไปกลับจากที่ทำงานให้วงที่ "介護給付"
- A - ⑯ -----> 27. กรอกวันเดือนปีที่ยื่นคำร้อง
- A - ⑰ -----> 28. กรอกชื่อสำนักควบคุมมาตรฐานแรงงานประจำเขตที่ตั้งของสถานที่ทำงานที่คณงานสังกัดอยู่โดยตรง
- A - ⑱ -----> 29. กรอกรหัสไปรษณีย์ที่อยู่ของผู้ยื่นคำร้อง
- A - ⑲ -----> 30. กรอกหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ยื่นคำร้อง
- A - ⑳ -----> 31. กรอกที่อยู่ของผู้ยื่นคำร้อง
- A - ㉑ -----> 32. กรอกชื่อของผู้ยื่นคำร้อง
- A - ㉒ -----> 33. ประทับตราชื่อหรือจะใช้ลายเซ็นก็ได้
- A - ㉓ -----> 34. สำหรับผู้ที่วงข้อ "イ" หรือข้อ "ロ" ในช่องที่ 21 จำเป็นต้องได้รับการรับรองจากผู้ทำการพยาบาลดูแล จึงต้องขอให้ผู้ทำการดูแลกรอกที่อยู่ ชื่อ และหมายเลขโทรศัพท์ และประทับตราชื่อ (จะใช้ลายเซ็นก็ได้)

# ตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์ม

## B-① 介護に要した費用の額の証明書

介護人の証明	被介護者氏名	B-② <input type="text"/>		対象年月	B-③ <input type="text"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月分
	介護を行った日 及び日数	B-④ <input type="text"/> 日から <input type="text"/> 日まで	計 <input type="text"/> 日間		
	介護を行った場所	B-⑤ <input type="text"/>			
	代 金	B-⑥ <input type="text"/>	円		
	B-⑦ 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月における介護の代金として上記の金額を領収したことを証明します。				
	B-⑧ 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日				
	介護人の住所	B-⑨ <input type="text"/>			
	電話	— B-⑩ <input type="text"/> —			
	氏名	B-⑪ <input type="text"/>	☑ B-⑫ <input type="text"/>		
	B-⑬ 職業	家政婦・看護婦・その他 ( <input type="text"/> )			
	B-⑭ 被介護者との親族関係	無・有 (被介護者の <input type="text"/> )			
	B-⑮ 被介護者との同居の有無	有・無 ( <input type="text"/> )			

介護人の証明欄は、介護人の職業欄、被介護者との親族関係の欄及び被介護者との同居の有無欄は、該当事項を○で囲み、必要事項を記載すること。

介護人の証明欄  
 介護人氏名を記入する欄

介護期間を記入する欄  
 介護期間を記入する欄  
 介護期間を記入する欄

介護場所を記入する欄  
 介護場所を記入する欄

介護費用を記入する欄  
 介護費用を記入する欄

介護期間を記入する欄  
 介護期間を記入する欄

〔注意〕 介護人の職業欄、被介護者との親族関係の欄及び被介護者との同居の有無欄は、該当事項を○で囲み、必要事項を記載すること。



- B - ① -----> 1. เอกสารนี้คือใบแนบคำร้องขอรับผลประโยชน์ประกันภัย (ชดเชย) ด้านการพยาบาลดูแล กรณีมีวันที่ได้รับการพยาบาลดูแลที่จำเป็นต้องจ่ายเงินค่าพยาบาลดูแล ผู้ทำการพยาบาลดูแลเป็นผู้กรอกข้อความเพื่อใช้เป็นเอกสารรับรองการได้รับการพยาบาลดูแล
- B - ② -----> 2. กรอกชื่อของคณงานผู้ประสบอุบัติเหตุ
- B - ③ -----> 3. กรอกวันเดือนปีที่ทำการพยาบาลดูแล ใช้เอกสารนี้ 1 ฉบับ ต่อ 1 เดือน (กรุณายกกรอกรวมหลาย ๆ เดือน)
- B - ④ -----> 4. กรอกวันที่และจำนวนวันที่ทำการพยาบาลดูแลในเดือนนั้น ๆ
- B - ⑤ -----> 5. อธิบายเกี่ยวกับสถานที่ที่ทำการพยาบาลดูแลให้ชัดเจน
- B - ⑥ -----> 6. กรอกจำนวนเงินที่ได้รับเป็นค่าพยาบาลดูแลในเดือนนั้น
- B - ⑦ -----> 7. กรอกเดือน/ปีที่ได้รับเงินเป็นค่าพยาบาลดูแล
- B - ⑧ -----> 8. กรอกวันเดือนปีของใบรับรองนี้
- B - ⑨ -----> 9. กรอกที่อยู่ของผู้ทำการพยาบาลดูแล
- B - ⑩ -----> 10. กรอกหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ทำการพยาบาลดูแล
- B - ⑪ -----> 11. กรอกชื่อของผู้ทำการพยาบาลดูแล
- B - ⑫ -----> 12. ประทับตราชื่อหรือจะใช้ลายเซ็นก็ได้
- B - ⑬ -----> 13. อาชีพของผู้ทำการพยาบาลดูแล ถ้าเป็นผู้ดูแลงานบ้าน ให้วงที่ "家政婦" ถ้าเป็นนางพยาบาลให้วงที่ "看護婦" ถ้าเป็นอาชีพอื่นนอกเหนือจากนั้น ให้ระบุลงในวงเล็บ
- B - ⑭ -----> 14. ถ้าไม่มีความสัมพันธ์ทางครอบครัวกับผู้ได้รับการพยาบาลดูแล ให้วงที่ "無" ถ้ามีให้วงที่ "有"
- B - ⑮ -----> 15. ถ้าอาศัยอยู่กับผู้ได้รับการพยาบาลดูแล ให้วงที่ "有" ถ้าไม่อยู่ให้วงที่ "無"