



เลขที่รับ.....
วันที่.....
บันทึกเลขที่.....

แบบขอรับทุนสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสมาชิก

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสมาชิก

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูแพร่ จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....ตำแหน่ง.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....สังกัดหรือโรงเรียน.....มีภูมิลำเนาอยู่

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดแพร่ โทรศัพท์.....มีความประสงค์

ขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสมาชิก ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....รวมเป็นระยะเวลา.....วัน เป็นเงิน.....บาท

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- (1) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกหรือสำเนาบัตรประชาชน หรือแนบสำเนาบัตรข้าราชการ
- (2) หลักฐานจากสถานพยาบาลรับรองเป็นคนไข้ในสถานพยาบาล(ภายใน 120 วัน นับตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาล) หรือใบสรุปการรักษาพยาบาลและค่ารักษาพยาบาล หรือใบรับรองแพทย์ โดยระบุวันที่ เข้า - ออก จากโรงพยาบาลอย่างชัดเจน

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

ความเห็นของกรรมการประจำหน่วย

(ลงชื่อ).....

กรรมการประจำหน่วย.....

เรียน ผู้จัดการ

ตามที่ นาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสมาชิก ซึ่งในปีที่เคยใช้สิทธิ์สวัสดิการนี้ไปแล้ว.....บาท

รวมครั้งนี้.....บาท ทั้งนี้รวมกันแล้วในปีนี้ต้องไม่เกิน 1,800 บาท

ได้ทำการตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้ว ตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อจ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสมาชิกเป็นจำนวนเงิน.....บาท(.....)

เรียน ประธานกรรมการผ่านเหรียญ
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายจำนวน.....บาท
(ลงชื่อ).....

ผู้จัดการ

(ลงชื่อ).....

เหรียญ

(ลงชื่อ).....
(.....)

เจ้าหน้าที่

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ประธานกรรมการดำเนินการ