

รับที่...../.....
วันที่...../...../.....



เบิกตามหนังสือที่ สอ.สสจ...../.....
วันที่.....

คำขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกกรณีสมาชิกเจ็บป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน จำกัด

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาวสมาชิกเลขทะเบียนที่.....
ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....สังกัด สสจ. /สสอ. /รพ.....โทรศัพท์มือถือ.....
ได้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล.....จังหวัด.....
ป่วยด้วยโรค.....ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....เป็นเวลา.....วัน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกกรณีสมาชิกเจ็บป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และขอรับรองว่ารายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ)สมาชิก
(.....)

คำรับรองของกรรมการประจำหน่วย

- (.....) ข้าพเจ้าฯ ได้ตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นแล้ว ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ
(.....) ข้าพเจ้าฯ เป็นตัวแทนของสหกรณ์นำเงินสวัสดิการสมาชิกกรณีสมาชิกเจ็บป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมอบให้สมาชิก
ซึ่งสหกรณ์ฯ ได้อนเงินเข้าบัญชีข้าพเจ้าผ่านธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี.....จำนวนเงิน.....บาท
(.....) ข้าพเจ้าฯ ไม่ได้มอบเงินสวัสดิการให้สมาชิก โปรดโอนเข้าบัญชีสมาชิก ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....
.....

(ลงชื่อ)กรรมการประจำหน่วย
(.....)

การตรวจสอบของเจ้าหน้าที่สหกรณ์

ได้ตรวจสอบแล้ว สมาชิกมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในระเบียบว่าด้วยกองทุนสวัสดิการสมาชิก พ.ศ.2569

(.....) ถูกต้อง (.....) ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่สหกรณ์
...../...../.....

ความเห็นของผู้จัดการ

(.....) อนุมัติ จำนวนเงิน.....บาท (.....) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ)ผู้จัดการ
...../...../.....

ความเห็นของประธานกรรมการ / รองประธานกรรมการ / เหนรัญญิก

(.....) อนุมัติ (.....) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ)ประธาน/ รองประธาน/ เหนรัญญิก
...../...../.....

- หมายเหตุ** 1. ยื่นคำขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกกรณีสมาชิกเจ็บป่วยนอนพักรักษาตัวฯ ภายใน 180 วัน นับแต่วันนอนโรงพยาบาล
2. สหกรณ์จ่ายเงินสวัสดิการสมาชิกกรณีสมาชิกเจ็บป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ต่อสมาชิกหนึ่งคนต่อปี
3. เอกสารแนบ
1. ใบรับรองแพทย์
2. สำเนาบัตร/ทะเบียนบ้าน ของสมาชิก พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง