



แบบขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาล

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการ

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
 สาธารณสุขเชียงราย จำกัด เลขที่.....สังกัดหน่วยงาน.....โทรศัพท์ (มือถือ).....
 มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลเนื่องจากข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นคนไข้ใน
 ณ สถานพยาบาล.....จังหวัด.....เมื่อวันที่.....
 เป็นจำนวน.....คืน ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด ว่าด้วย “สวัสดิการเพื่อการรักษายาบาล
 พ.ศ.2563” โดยได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- () สำเนาใบเสร็จค่ารักษายาบาล/สำเนาหลักฐานจากสถานพยาบาลรับรองเป็นคนไข้ใน
- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับเงิน
- () สำเนาหน้าสมุดบัญชีสหกรณ์/สมุดบัญชีธนาคาร สำหรับรับโอนเงิน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบว่าเมื่อมีสิทธิรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลเป็นคนไข้ใน ในอัตราคืนละ 200.- บาท เมื่อรวมแล้ว
 ไม่เกิน 2,000.- บาท ต่อปี สมาชิกที่เจ็บป่วยและเสียชีวิตเนื่องจากติดเชื้อไวรัส COVID-19 โดยได้รับการยืนยันผลจาก
 สถานพยาบาลแล้ว ให้ได้รับเงินช่วยเหลือจากสหกรณ์ รายละ 10,000.- บาท

กรณีสมาชิกที่เสียชีวิตเนื่องจากติดเชื้อจากไวรัส COVID-19 ให้ทายาทมายื่นหนังสือตามแบบพิมพ์
และเมื่อหากข้าพเจ้าได้รับเงินตามสิทธินี้ครบตามจำนวนแล้วจะไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการรักษายาบาล (ถ้ามี) ในภายหลังต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
 (.....)

ผู้รับรอง.....ผู้แทนสมาชิก/กรรมการดำเนินการ
 (.....)

หน่วยงานหลัก.....

หมายเหตุ การขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลต้องยื่นขอรับเงินภายในวันที่ 15 ธันวาคม ของปีที่ยื่นออกจากสถานพยาบาล
 หรือภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ออกจากสถานพยาบาล เมื่อพ้นกำหนดนี้แล้วเป็นอันหมดสิทธิ์

โอนเงินเข้าบัญชีสหกรณ์/ธนาคาร โปรดใส่เครื่องหมาย ลงบน พร้อมกับแนบสำเนาสมุดคู่ฝากบัญชีธนาคารหน้าแรกด้วย

- สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ หมายเลขบัญชี.....
- ธนาคารกรุงไทย จำกัด ประเภทออมทรัพย์ สาขา.....
 หมายเลขบัญชี

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

..... ผู้รับเงิน ผู้จ่ายเงิน
 (.....) (.....)