



ส ก 7

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” และ ระเบียบว่าด้วย “สวัสดิการเพื่อการรักษายาบาล แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2565”

โดยได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- () สำเนาใบเสร็จค่ารักษายาบาล/สำเนาหลักฐานจากสถานพยาบาลรับรองเป็นคนไข้ใน
- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับเงิน
- () สำเนาน้ำสมุดบัญชีสหกรณ์

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

กรณีสมาชิกที่เสียชีวิตเนื่องจากติดเชื้อจากโรคไวรัส COVID-19 ให้ทายาทมายื่นหนังสือตามแบบพิมพ์
และเมื่อหากข้าพเจ้าได้รับเงินตามสิทธินี้ครบตามจำนวนแล้วจะไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการรักษายาบาล (ถ้ามี) ในภายหลังต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับรอง.....ผู้แทนสมาชิก/กรรมการดำเนินการ

(.....)

หน่วยงานหลัก.....

หมายเหตุ การขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลต้องยื่นขอรับเงินภายในวันที่ 15 ธันวาคม ของปีที่ยื่นออกจากสถานพยาบาล
หรือภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ออกจากสถานพยาบาล เมื่อพ้นกำหนดนี้แล้วเป็นอันหมดสิทธิ์

โอนเงินเข้าบัญชีสหกรณ์พร้อมกับแนบสำเนาสมุดคู่ฝากหน้าแรกด้วย

สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ หมายเลขบัญชี.....

..... ผู้รับเงิน ผู้จ่ายเงิน

(.....) (.....)