



แบบขอรับเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาลสมาชิกสมทบ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการ

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด เลขที่.....สังกัดหน่วยงาน.....โทรศัพท์ (มือถือ).....
มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาลสมาชิกสมทบ เนื่องจากข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นคนไข้ใน
ณ สถานพยาบาล.....จังหวัด.....เมื่อวันที่.....
เป็นจำนวน.....คืน ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด ว่าด้วย “สวัสดิการเพื่อการรักษายาพยาบาล
สมาชิกสมทบ พ.ศ.2567” โดยได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- () สำเนาใบเสร็จค่ารักษายาพยาบาล/สำเนาหลักฐานจากสถานพยาบาลรับรองเป็นคนไข้ใน
() สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับเงิน
() สำเนาหน้าสมุดบัญชีสหกรณ์สำหรับรับเงินโอน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบว่าสิทธิรับเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาลเป็นคนไข้ใน ในอัตราคืนละ 300.- บาท เมื่อรวมกันแล้ว
ต้องไม่เกิน 10 คืนต่อปี

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับรอง.....ผู้แทนสมาชิก/กรรมการดำเนินการ

(.....)

หน่วยงานหลัก.....

หมายเหตุ การขอรับเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาลต้องยื่นขอรับเงินภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ออกจากสถานพยาบาล
เมื่อพ้นกำหนดนี้แล้วเป็นอันหมดสิทธิ์

โอนเงินเข้าบัญชีสหกรณ์ฯ เลขที่บัญชี.....

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