



สก 7/1

แบบขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลสมาชิกสมทบ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการ

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์  
สาธารณสุขเชียงราย จำกัด เลขที่.....สังกัดหน่วยงาน.....โทรศัพท์ (มือถือ).....  
มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลสมาชิกสมทบ เนื่องจากข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นคนไข้ใน  
ณ สถานพยาบาล.....จังหวัด.....เมื่อวันที่.....  
เป็นจำนวน.....คืน ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด ว่าด้วย “สวัสดิการเพื่อการรักษาพยาบาล  
สมาชิกสมทบ พ.ศ.2564” และ ระเบียบว่าด้วย “สวัสดิการเพื่อการรักษาพยาบาล สมาชิกสมทบ แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ.2565”  
โดยได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- ( ) สำเนาใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล/สำเนาหลักฐานจากสถานพยาบาลรับรองเป็นคนไข้ใน
- ( ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับเงิน
- ( ) สำเนาน้ำสมุดบัญชีสหกรณ์

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

กรณีสมาชิกสมทบที่เสียชีวิตเนื่องจากติดเชื้อจากไวรัส COVID-19 ให้ทายาทมายื่นหนังสือตามแบบพิมพ์  
และเมื่อหากข้าพเจ้าได้รับเงินตามสิทธินี้ครบตามจำนวนแล้วจะไม่สิทธิได้รับเงินสวัสดิการรักษายาบาล (ถ้ามี) ในภายหลังต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับรอง.....ผู้แทนสมาชิก/กรรมการดำเนินการ

(.....)

หน่วยงานหลัก.....

หมายเหตุ การขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลต้องยื่นขอรับเงินภายในวันที่ 15 ธันวาคม ของปีที่ยื่นออกจากสถานพยาบาล  
หรือภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ออกจากสถานพยาบาล เมื่อพ้นกำหนดนี้แล้วเป็นอันหมดสิทธิ์

โอนเงินเข้าบัญชีสหกรณ์พร้อมกับแนบสำเนาสมุดคู่ฝากหน้าแรกด้วย

สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ หมายเลขบัญชี.....

..... ผู้รับเงิน ..... ผู้จ่ายเงิน

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