



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.....เป็น
 จำนวน.....คืน ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด ว่าด้วย “สวัสดิการเพื่อการรักษาพยาบาล
 พ.ศ.2558” โดยได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- () สำเนาใบเสร็จค่ารักษายาบาล/สำเนาหลักฐานจากสถานพยาบาลรับรองเป็นคนไข้ใน
- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐของผู้ขอรับเงิน
- () สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกผู้ขอรับเงิน
- () สำเนาหน้าสมุดบัญชีสหกรณ์/สมุดบัญชีธนาคาร สำหรับรับโอนเงิน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบว่าไม่มีสิทธิรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลเป็นคนไข้ใน ในอัตราคืนละ 200.- บาท เมื่อรวมแล้ว
 ไม่เกิน 2,000.- บาท ต่อปี และเมื่อหากข้าพเจ้าได้รับเงินตามสิทธินี้ครบตามจำนวนแล้วจะไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการ
 รักษายาบาล (ถ้ามี) ในภายหลังต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับรอง.....ผู้แทนสมาชิก

ผู้รับรอง.....กรรมการดำเนินการ

(.....)

(.....)

หน่วยงาน.....

หน่วยงานหลัก.....

หมายเหตุ การขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลต้องยื่นขอรับเงินภายในวันที่ 15 ธันวาคม ของปีที่ยื่นออกจากสถานพยาบาล
 หรือภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ออกจากสถานพยาบาล เมื่อพ้นกำหนดนี้แล้วเป็นอันหมดสิทธิ์

การรับเงิน (โปรดกาเครื่องหมาย ลงบน)

โอนเงินเข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

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