



แบบขอรับเงิน

สก. 10

กองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย - พะเยา

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการ

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

เนื่องด้วย (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด เลขที่.....สังกัดหน่วยงาน.....
ได้ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ดังนั้น ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....โทรศัพท์ (มือถือ).....
ซึ่งเป็นผู้รับผลประโยชน์ หรือทายาท ของสมาชิกที่ถึงแก่กรรมดังกล่าว มีความประสงค์ขอรับเงินจากกองทุนรวมใจช่วยเหลือ
สมาชิก ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด ว่าด้วย “กองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขเชียงราย - พะเยา พ.ศ.2558” โดยได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- () สำเนาใบมรณบัตรของผู้ถึงแก่กรรม
- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถึงแก่กรรม
- () สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถึงแก่กรรม
- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับเงิน
- () สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงิน
- () สำเนาหน้าสมุดบัญชีสหกรณ์/สมุดบัญชีธนาคาร สำหรับรับโอนเงิน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบดีว่ามีสิทธิรับเงินจากกองทุนรวมใจช่วยเหลือสมาชิกตามเกณฑ์ระยะเวลาการเป็นสมาชิกสหกรณ์
ของผู้ที่ถึงแก่กรรม ดังนี้

1. เป็นสมาชิกตั้งแต่ 1 – 12 เดือน รายละ 100,000 บาท
2. เป็นสมาชิกตั้งแต่ 13 – 24 เดือน รายละ 150,000 บาท
3. เป็นสมาชิกตั้งแต่ 25 – 36 เดือน รายละ 200,000 บาท
4. เป็นสมาชิกตั้งแต่ 37 เดือนขึ้นไป รายละ 200,000 บาท และรวมกับระยะเวลาการเป็นสมาชิกันนับเป็นเดือนอีกเดือน

ละ 500 บาท แต่รวมเงินสวัสดิการแล้วไม่เกินรายละ 300,000 บาท

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

การรับเงิน (โปรดกาเครื่องหมาย ลงบน)

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

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

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

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