



**แบบขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลสมาชิกสมทบ**

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการ

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์  
 สาธารณสุขเชียงราย จำกัด เลขที่.....สังกัดหน่วยงาน.....โทรศัพท์ (มือถือ).....  
 มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลสมาชิกสมทบ เนื่องจากข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษายาบาลเป็นคนไข้ใน  
 ณ สถานพยาบาล.....จังหวัด.....เมื่อวันที่.....เป็น  
 จำนวน.....คืน ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด ว่าด้วย “สวัสดิการเพื่อการรักษายาบาล  
 สมาชิกสมทบ พ.ศ.2558” โดยได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบว่าเมื่อสิทธิรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลเป็นคนไข้ใน 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

(.....)

(.....)

(.....)