



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.....เป็นจำนวน.....คืน
ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด ว่าด้วย “สวัสดิการเพื่อการรักษายาบาล พ.ศ.2567”
โดยได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- () สำเนาใบเสร็จค่ารักษายาบาล/สำเนาหลักฐานจากสถานพยาบาลรับรองเป็นคนไข้ใน
() สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับเงิน
() สำเนาหน้าสมุดบัญชีสหกรณ์สำหรับรับเงินโอน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบว่ามิสิทธิรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลเป็นคนไข้ใน ในอัตราคืนละ 300.- บาท เมื่อรวมกันแล้ว
ต้องไม่เกิน 10 คืนต่อปี

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับรอง.....ผู้แทนสมาชิก/กรรมการดำเนินการ
(.....)

หน่วยงานหลัก.....

หมายเหตุ การขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลต้องยื่นขอรับเงินภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ออกจากสถานพยาบาล
เมื่อพ้นกำหนดนี้แล้วเป็นอันหมดสิทธิ์

โอนเงินเข้าบัญชีสหกรณ์ฯ เลขที่บัญชี.....

.....ผู้รับเงินผู้จ่ายเงิน
(.....) (.....)