



**คำขอรับเงินสวัสดิการ
สมทบค่ารักษาพยาบาลสมาชิก**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกสาขา.....

เลขที่สมาชิก - -

เรียน ประธานกรรมการ/ผู้รับมอบอำนาจ

(1) ข้อมูลสมาชิกสหกรณ์

ข้าพเจ้า [] นาย [] นางสาว [] นาง [] อื่นๆ (ระบุ).....อายุ.....ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ซอย..... ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... โทร.....

(2) รายละเอียดการขอรับสวัสดิการ

ข้าพเจ้าแสดงความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลสมาชิก โดยขอแสดงรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ข้าพเจ้าได้ป่วยเป็น (ระบุชื่อโรค/อาการ).....
2. เข้ารับการรักษาที่ (ชื่อสถานพยาบาล)..... อำเภอ..... จังหวัด.....
3. เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่..... ถึง..... รวมระยะเวลาที่รักษา..... คืน
4. เอกสารแนบประกอบการพิจารณา (เอกสารทุกฉบับ โปรดรับรองสำเนาถูกต้อง)
[] สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ [] ใบรับรองแพทย์(ฉบับจริง) 1 ฉบับ [] ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล 1 ชุด (ถ้ามี)
[] อื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุไว้ข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้อความที่แสดงไว้นี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดี
รับผิดชอบและคืนเงินสวัสดิการที่ได้รับให้แก่สหกรณ์ในทันที และไม่ขอเรียกร้องสิทธิใดๆ อีก

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(3) เงื่อนไขการขอรับสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลสมาชิก

- 1) เป็นสมาชิกมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และถือหุ้นไม่น้อยกว่า 5,000 บาท
- 2) ต้องเป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาล โดยมีระยะเวลาการรักษา
อย่างน้อย 1 คืน
- 3) สหกรณ์จ่ายเงินสมทบการรักษาพยาบาลคืนละ 200 บาท สูงสุดไม่เกิน 1,000 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี
- 4) สมาชิกยื่นคำ
ขอรับสวัสดิการฯ ภายใน 60 วัน นับแต่วันที่ออกจากสถานพยาบาล หากเกินกำหนดถือว่าสละสิทธิ์

(4) บันทึกเจ้าหน้าที่ประจำสาขา

เรียน ผู้จัดการสาขา

สมาชิกผู้ขอรับสวัสดิการเป็นสมาชิกสหกรณ์แห่งนี้น่าแล้วเป็นเวลารวมทั้งสิ้น.....ปี.....เดือน และถือหุ้นในสหกรณ์สิ้นสุด
ณ วันที่.....เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท ทางสำนักงานสาขาตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเป็นผู้มีสิทธิ์รับสวัสดิการนี้ได้
จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการพิจารณาเสนออนุมัติเบิกเงินสวัสดิการนี้จำนวน.....บาท ต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการสาขา
(.....)

(5) บันทึกการอนุมัติ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นควรอนุมัติจ่ายได้

อนุมัติเบิกจ่ายได้ตามที่เสนอ

เบิกจ่ายแล้ว เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)