



คำร้องขอรับสวัสดิการเพื่อการเข้ารับรักษาพยาบาล

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขที่สมาชิก.....

สังกัด.....อายุการเป็นสมาชิก.....ปี ที่อยู่ปัจจุบัน หมู่ ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด โทร.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการ

สมาชิกเข้ารับรักษาที่/วันที่

เป็นคนไข้ใน ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

รักษาที่โรงพยาบาล.....

หลักฐานประกอบการพิจารณา

ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบัน ชั้น 1 “ระบุนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล”

สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร/สหกรณ์ฯ สำเนาบัตรประชาชน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเอกสารและภาพประกอบต่างๆ ที่ส่งมาขอรับสวัสดิการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากเป็นเท็จข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้น และยินดีที่จะให้สหกรณ์ดำเนินคดีตามกฎหมาย

ขอรับสวัสดิการโดย เข้าบัญชีสหกรณ์ฯ(แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชี)

เข้าบัญชีธนาคาร(แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชี)

ลงชื่อ

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ฯ

นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....อายุเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน

มีสิทธิได้รับสวัสดิการ.....บาท ครั้งที่.....ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....คืน

เป็นเงิน.....บาท ในปี.....ได้รับเงินมาแล้ว เมื่อวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

ในครั้งนี้มีสิทธิได้รับเงิน จำนวน.....บาท

ผู้ดำเนินการ	ผู้ตรวจสอบ	ผู้อนุมัติ	ผู้จ่ายเงิน	ผู้ลงบัญชี