



วันที่รับเอกสาร

คำร้องขอทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกผู้เจ็บป่วย

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

เอกสารประกอบคำร้องขอทุนสวัสดิการ
เจ็บป่วย

1. สำเนาบัตรประชาชน
2. สำเนาใบรับรองแพทย์
(ต้องระบุวันที่เข้าพักรักษาตัวใน รพ. 2 ครั้ง ขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / น.ส.สมาชิกสหกรณ์เลขทะเบียน.....

หน่วย.....ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอเบิกจ่ายเงินทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกผู้เจ็บป่วย
 (.....) ทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกผู้เข้ารับการรักษาพยาบาล (ผู้ป่วยใน) (นอนพักรักษาตัวในรพ. 2 ครั้งขึ้นไป)
 (.....) ทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกผู้เจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการที่สมควรได้รับการช่วยเหลือ

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้ขอ
 (.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ฝากเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสมาชิก เลขที่.....

- ตรวจสอบเอกสาร (ตามระเบียบฯ) (.....) ครบถ้วน
- เบิกจ่ายครั้งที่...../25.....
- (.....) เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินทุนเจ็บป่วย วันที่เข้ารับการรักษา.....
- () สามัญ 1,000 บาท () สมทบ 500 บาท
- (.....) เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินทุนเจ็บป่วยร้ายแรง โรค.....
- () สามัญ 2,000 บาท () สมทบ 1,000 บาท

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับและตรวจสอบเอกสาร
 (.....) วันที่.....

ความคิดเห็นผู้จัดการ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ
 (นายประกาศ สายทอง) วันที่.....

คำสั่งผู้มีอำนาจอนุมัติ

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ
 (.....)
 วันที่.....