



เลขรับที่
ผู้รับ
วันที่ เวลา

แบบขอรับเงินสวัสดิการกองทุนผู้เสียชีวิต
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขชลบุรี จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

☐ กรณีผู้ขอรับเงินเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ

ข้าพเจ้าสมาชิกเลขที่หมายเลขโทรศัพท์.....

หน่วยงาน/สังกัด มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการกองทุนผู้เสียชีวิต
เนื่องจาก ซึ่งเป็น ของข้าพเจ้าได้เสียชีวิตเมื่อ.....

☐ กรณีผู้ขอรับเงินเป็นญาติของสมาชิกสหกรณ์ฯ

ข้าพเจ้า เกี่ยวข้องเป็น ของสมาชิกสหกรณ์

..... สมาชิกเลขที่ หน่วยงาน/ สังกัด

ได้เสียชีวิตเมื่อ..... พร้อมนี้ได้แนบ

เอกสารประกอบการขอรับเงินสวัสดิการ

☐ สำเนาใบมรณะบัตร

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ขอรับเงินฯ

☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต(ประทับ “ตาย”)

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงินฯ

☐ สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีคู่สมรสเสียชีวิต)

☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร

ลงชื่อ ผู้ขอรับเงินสวัสดิการฯ

(.....)

ได้ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการฯ ของผู้ขอรับเงินแล้วปรากฏว่าเป็นสมาชิก
เมื่อ อายุการเป็นสมาชิก ปี เดือน เห็นควรได้รับเงินสวัสดิการฯ
เป็นจำนวนเงิน บาท (.....)

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่

...../...../.....

อนุมัติและนำเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่/..... วันที่

(ลงชื่อ) ผู้จัดการ

...../...../.....

ข้าพเจ้า ได้รับเงินสวัสดิการกองทุนผู้เสียชีวิต จำนวน บาท
(.....) แล้วเมื่อวันที่

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน

...../...../.....

หมายเหตุ

ให้ยื่นเรื่องภายใน 90 วัน นับตั้งแต่วันถึงแก่กรรม เมื่อพ้นกำหนดนี้แล้วเป็นอันหมดสิทธิ์ในการรับเงิน
สงเคราะห์