



เลขรับที่

ผู้รับ

วันที่เวลา

แบบขอรับเงิน กองทุนสวัสดิการเจ็บป่วยและทุพพลภาพ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขชลบุรี จำกัด

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขชลบุรี จำกัด

ข้าพเจ้าสมาชิกเลขทะเบียน

ตำแหน่งหน่วยงาน/สังกัด เบอร์โทรศัพท์.....

ได้เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลด้วยเหตุ.....

เมื่อวันที่.....ถึงวันที่จำนวนวัน โดยได้แนบ

เอกสารประกอบการขอรับทุนสวัสดิการฯ ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขชลบุรี จำกัด ดังนี้

☐ สำเนาใบรับรองแพทย์

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อสมาชิกผู้ยื่นคำขอ
(.....)

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขชลบุรี จำกัด

ได้ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอรับเงินกองทุนสวัสดิการเจ็บป่วยและทุพพลภาพ ของ.....

สมาชิกเลขทะเบียน ซึ่งเป็นสมาชิกเมื่อวันที่เห็นควรมีสิทธิได้รับเงินเป็น

เป็นจำนวนเงิน บาท (.....)

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่
(.....)

วันที่

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ)ผู้จัดการ
(นายมนตรี จิตติเรืองเกียรติ)

วันที่

- หมายเหตุ
1. ให้ยื่นเรื่องภายใน 90 วัน ตั้งแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาล เมื่อพ้นกำหนดนี้แล้วเป็นอันหมดสิทธิ์ในการขอรับเงิน
 2. ต้องเป็นสมาชิกมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี
 3. ต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในไม่น้อยกว่า 3 คืนต่อเนื่องกัน