



สหกรณ์ออมทรัพย์การเคหะแห่งชาติ จำกัด

แบบขอรับเงินสวัสดิการการรักษาพยาบาลรายวัน

วันที่

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการการรักษาพยาบาลรายวัน

เรียน ประธานกรรมการ สอ.กคช.

ด้วยข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่

สังกัด.....กอง.....ฝ่าย / ศูนย์ที่อยู่ปัจจุบัน

.....โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

มีความประสงค์จะขอแจ้งต่อสหกรณ์ฯ ในการขอรับเงินสวัสดิการการรักษาพยาบาลรายวัน ซึ่งได้รับการเข้ารักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล)

เมื่อวันที่ ถึงวันที่รวม.....คืน โดยได้ใช้สิทธิ

เป็นครั้งที่ ตามรายละเอียดเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอรับเงินจำนวนดังกล่าวโดย

- เงินสด
- โอนเงินเข้าบัญชีของข้าพเจ้ากับสหกรณ์ เลขที่
- โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร เลขที่ (บัญชีเงินฝากของ
ผู้รับเงินสวัสดิการเท่านั้น)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เอกสารประกอบการพิจารณา

- สำเนาใบสรุปค่ารักษาพยาบาล 1 ชุด
- สำเนาใบรับรองแพทย์การเป็นคนไข้ใน 1 ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัว 2 ฉบับ
- อื่น ๆ ระบุ

** กรณีมอบอำนาจ ผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ แนบ
สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องท่านละ 2 ฉบับ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ

(.....)

1. การตรวจสอบของเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจแบบและเอกสารประกอบของสมาชิกที่ขอรับเงินทุนสวัสดิการเพื่อการรักษาพยาบาลแล้ว สมาชิกผู้ขอรับเงินดังกล่าวเป็นสมาชิกเมื่อวันที่.....(ก่อนวันที่ 31 ส.ค.61 ได้รับเงินทันที หลังจากนั้นต้องเป็นสมาชิก 6 เดือน) มีสิทธิได้รับเงินตามระเบียบที่สหกรณ์ฯ กำหนด รวม คั้น เป็นจำนวนเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

<p>เรียน ประธานกรรมการ สอ.กคช. เพื่อโปรดพิจารณาและอนุมัติเบิกจ่ายได้ เป็นเงินจำนวน บาท</p> <p>ลงชื่อ..... ผู้จัดการ</p>	<p><input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ</p> <p>ลงชื่อ..... ประธานกรรมการ</p>
<p>2. การรับเงิน ข้าพเจ้าได้รับเงินทุนสวัสดิการเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนเงิน.....บาทไว้ ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน วันที่.....</p>	<p>3. มอบอำนาจให้รับเงินแทน ข้าพเจ้า..... บัตรประจำตัว.....เลขที่..... ขอมอบฉันทะให้..... บัตรประจำตัว.....เลขที่..... เป็นผู้รับเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลจากสหกรณ์ โดยข้าพเจ้า ขอรับผิดชอบเสมือนได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น</p> <p>..... ลายมือชื่อผู้มอบฉันทะ ลายมือชื่อผู้รับมอบฉันทะ</p> <p>1. พยาน (.....) (.....)</p>

หมายเหตุ

1. ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นคนไข้ในตั้งแต่ 1 คั้น แต่ไม่เกิน 5 คั้นต่อครั้ง ในอัตราคั้นละ 300 บาท ในปีหนึ่งทางบัญชีสามารถเบิกได้ไม่เกิน 3 ครั้ง
2. ขอรับเงินทุนสวัสดิการเพื่อการรักษาพยาบาลได้ไม่เกิน 120 วัน นับแต่วันที่ออกจากสถานพยาบาล หากพ้นกำหนดถือว่าสมาชิกสละสิทธิ์
3. เริ่มถือใช้ วันที่ 1 สิงหาคม 2561 เป็นต้นไป