



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด
แบบขอรับเงินสวัสดิการ กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขที่สมาชิก.....สังกัด.....

เป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการตามสิทธิ์ โดยได้แนบหลักฐานประกอบดังต่อไปนี้

() ใบรับรองแพทย์ หรือ สำเนาใบรับรองแพทย์ ที่ได้รับการรักษาตัว ระบุ วันที่เข้าพักรักษาพยาบาล-วันจำหน่าย

() สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

() กรณีมอบฉันทะให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ได้ตรวจสอบแล้ว

() เอกสารถูกต้อง

() ส่งค่าหุ้นมาแล้ว.....งวด มีสิทธิรับเงินสวัสดิการได้วันละ.....บาท

เข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งนี้.....วัน รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)

() สมาชิกผิคนัดชำระหนี้ ณ.....

*** ในปีบัญชี.....ได้ใช้สิทธิในสวัสดิการนี้มาแล้ว.....วัน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ/ผู้จ่าย

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ/ผู้อนุมัติ

(.....)

รับด้วยตนเอง

ได้รับเงินจำนวน.....บาท (.....) ไว้เรียบร้อย

ลงชื่อ.....สมาชิก

(.....)

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

กรณีมอบฉันทะ

ข้าพเจ้า.....ขอมอบฉันทะให้.....เป็นผู้รับเงินจำนวน.....บาท

(.....) แทนข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....ผู้มอบฉันทะ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบฉันทะ

(.....)

หมายเหตุ (1) เป็นสมาชิกมาแล้ว 6-60 งวด ได้รับเงินวันละ 200 บาท (2) เป็นสมาชิกมาแล้ว 61-120 งวด ได้รับเงินวันละ 300 บาท

(3) เป็นสมาชิกมาแล้ว 121 งวดขึ้นไป ได้รับเงินวันละ 400 บาท ตามข้อ (1),(2),(3) สามารถขอรับเงินได้ไม่เกิน 10 วันในรอบปีบัญชี