



บสจ. 1/01-09-2567

แบบคำขอรับเงินทุนสวัสดิการเยี่ยมสมาชิกเจ็บป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการศึกษาและประชาสัมพันธ์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรสงคราม จำกัด

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วย.....
มีความประสงค์ขอรับเงินทุนสวัสดิการเยี่ยมสมาชิกเจ็บป่วย ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรสงคราม จำกัด
ว่าด้วย การใช้ทุนสวัสดิการเยี่ยมสมาชิกเจ็บป่วย พ.ศ..... ดังนี้

- จำนวน 500.- บาท (กรณีเจ็บป่วย เข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน ไม่น้อยกว่าสองคืน ต่อหนึ่งครั้งการป่วย)
- จำนวน 1,000.-บาท (กรณีการป่วยทุพพลภาพ การป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็น
ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี)

เนื่องจาก (นาย/นาง/นางสาว/.....).....เลขทะเบียนสมาชิกที่.....

เจ็บป่วย เข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน ณตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....

ป่วยทุพพลภาพ การป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รักษาตัวอยู่ที่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

พร้อมหนังสือฉบับข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานตามระเบียบฯ มาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

เอกสารประกอบการยื่นขอรับทุนสวัสดิการสมาชิกเจ็บป่วย

1. สำเนาบัตรประชาชนผู้ขอรับทุนสวัสดิการ จำนวน 1 ฉบับ
2. ใบรับรองแพทย์ จำนวน 1 ชุด
3. สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย จำนวน 1 ฉบับ

การตรวจสอบของเจ้าหน้าที่

ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง.....ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขสมุทรสงคราม จำกัด ว่าด้วย การใช้ทุนสวัสดิการเยี่ยมสมาชิกเจ็บป่วย พ.ศ..... ข้อ..... จำนวนเงิน
ที่ควรได้รับ.....บาท (.....)

.....เจ้าหน้าที่
(.....) วันที่...../...../.....

เห็นควร อนุมัติ ไม่อนุมัติผู้จัดการ
(.....) วันที่...../...../.....

คำสั่ง อนุมัติ ไม่อนุมัติประธานกรรมการ/หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
(.....) วันที่...../...../.....

ข้าพเจ้า.....ได้รับเงินทุนสวัสดิการเยี่ยมสมาชิกเจ็บป่วย
จำนวน.....บาท (.....)เป็นการถูกต้องแล้ว
ณ วันที่.....

ประทับตราจ่ายเงินด้วยหมึกสีแดง

.....ผู้รับเงิน
(.....)