



แบบขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูชัยภูมิ จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

หน่วยงาน/โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัดชัยภูมิ

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาล เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยเหตุ

() อุบัติเหตุ.....

() เจ็บป่วยโรค.....

พักรักษาตัวเป็นผู้ป่วย โรงพยาบาล.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รวมเป็นเวลา.....วัน ขอรับเงินสวัสดิการตามระเบียบว่าด้วยสวัสดิการรักษายาบาล

จำนวน.....บาท (.....) และได้ส่งเอกสารประกอบการพิจารณา

ดังนี้

1. ใบรับรองแพทย์ จำนวน 1 ฉบับ

2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

โทร.....

ความเห็นของฝ่ายสวัสดิการ / หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ(สาขา)

ตรวจสอบสิทธิการรับสวัสดิการแล้ว

() มีสิทธิ์รับเงินสวัสดิการ 5 คืบ เป็นเงิน 2,500 บาท

ใช้สิทธิ์แล้ว คืบ เป็นเงิน บาท

ขอรับเงินครั้งนี้ คืบ เป็นเงิน บาท

สิทธิ์คงเหลือ คืบ เป็นเงิน บาท

() ไม่มีสิทธิ์รับเงินสวัสดิการ เนื่องจาก

(ลงชื่อ) ฝ่ายสวัสดิการ

(.....)

ความเห็นของผู้จัดการ / รองผู้จัดการ

(ลงชื่อ) ผู้จัดการ / รองผู้จัดการ

(.....)