

วันที่รับเอกสาร

คำร้องขอทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกผู้เจ็บป่วย

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

เอกสารประกอบคำร้องขอทุนสวัสดิการ

เจ็บป่วย

1. สำเนาบัตรประชาชน

2. สำเนาใบรับรองแพทย์

(ต้องระบุวันที่เข้าพักรักษาตัวใน รพ. 2 วัน ขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / น.ส.สมาชิกสหกรณ์เลขทะเบียน.....

หน่วย.....ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอเบิกจ่ายเงินทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกผู้เจ็บป่วย

(.....) ทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกผู้เข้ารับการรักษาพยาบาล (ผู้ป่วยใน) (นอนพักรักษาตัวในรพ. 2 คืนขึ้นไป)

(.....) ทุนสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิกผู้เจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการที่สมควรได้รับการช่วยเหลือ

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้ขอ

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ฝากเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสมาชิก เลขที่.....

- ตรวจสอบเอกสาร (ตามระเบียบฯ) (.....) ครบถ้วน

- เบิกจ่ายครั้งที่...../25.....

(.....) เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินทุนเจ็บป่วย วันที่เข้ารับการรักษา.....

() สามัญ 1,000 บาท () สมทบ 500 บาท

(.....) เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินทุนเจ็บป่วยร้ายแรง โรค.....

() สามัญ 2,000 บาท () สมทบ 1,000 บาท

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับและตรวจสอบเอกสาร

(.....) วันที่.....

ความคิดเห็นผู้จัดการ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ

(นายประภาส สายทอง) วันที่.....

คำสั่งผู้มีอำนาจอนุมัติ

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ

(.....)

วันที่.....