



ใบคำขอรับสวัสดิการเพื่อรักษาพยาบาล
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด
★★★★★

เรียน ประธานคณะกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....
สมาชิกเลขที่.....ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วย (รพ./สสอ.).....
เลขที่บัตรประชาชน.....ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....มีความประสงค์ขอรับ
สวัสดิการเพื่อรักษาพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....
สาเหตุการรักษาเนื่องจาก.....
เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นคนไข้ใน ในสถานพยาบาลตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

หมายเหตุ : สวัสดิการเพื่อรักษาพยาบาล

โดยมอบเป็นเงินจำนวน ๑,๐๐๐ บาท /ครั้ง

ขอรับสวัสดิการได้ไม่เกิน ๓ ครั้ง/ปีบัญชีสหกรณ์

ยื่นขอรับทุนสวัสดิการดังกล่าวภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันที่ออกจากสถานพยาบาล

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว

☐ อายุการเป็นสมาชิก.....ปี

☐ ขอรับทุนสวัสดิการไม่เกินกำหนดระยะเวลา

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุน
(.....)

วันที่ขอรับทุน.....

เอกสารประกอบการขอรับทุนสวัสดิการ

๑. แบบคำขอรับเงินสวัสดิการเพื่อรักษาพยาบาล
๒. สำเนาหนังสือรับรองจากสถานพยาบาลการว่าเป็นคนไข้ใน หรือ
๓. สำเนาใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลที่ระบุการนอน รพ. หรือ สำเนาใบแสดงแสดงความเห็นของแพทย์ที่ระบุ
ว่านอน รพ. ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่.....
๔. สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขอรับทุน