



ใบคำขอรับสวัสดิการเพื่อรักษาพยาบาล
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)

สมาชิกเลขที่.....ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วย (รพ./สสอ.).....

เลขที่บัตรประชาชน.....ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการเพื่อรักษาพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

สาเหตุการรักษาเนื่องจาก.....

เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นคนไข้ใน ในสถานพยาบาลตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

หมายเหตุ - สวัสดิการเพื่อรักษาพยาบาล โดยมอบเป็นเงินจำนวน 1,000 บาท / ครั้ง

- ขอรับสวัสดิการได้ไม่เกิน 3 ครั้ง / ปีบัญชีสหกรณ์

- ยื่นขอรับทุนสวัสดิการดังกล่าวภายใน 90 วัน นับแต่วันที่ออกจากสถานพยาบาล

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว

อายุการเป็นสมาชิก.....ปี เดือน

ขอรับทุนสวัสดิการไม่เกินกำหนดระยะเวลา

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุน

(.....)

วันที่ขอรับทุน.....

เอกสารประกอบการขอรับทุนสวัสดิการ

1. แบบคำขอรับเงินสวัสดิการเพื่อรักษาพยาบาล
2. สำเนาหนังสือรับรองจากสถานพยาบาลว่าเป็นคนไข้ใน หรือ
3. สำเนาใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลที่ระบุการนอน รพ. หรือ สำเนาใบแสดงความเห็นของแพทย์ที่ระบุว่านอน รพ. ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
4. สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขอรับทุน