



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.....วัน เป็นเงินบาท ใช้สิทธิ์แล้ว.....วัน คงเหลือวัน

() ไม่มีสิทธิ์รับเงินสวัสดิการ เนื่องจาก

(ลงชื่อ) หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการ/ หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ(สาขา)
(.....)

ความเห็นของผู้จัดการ / รองผู้จัดการ

.....
.....

(ลงชื่อ) ผู้จัดการ / รองผู้จัดการ
(.....)