



แบบขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาล  
ตามระเบียบว่าด้วยสวัสดิการรักษายาบาล พ.ศ. ๒๕๖๓

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 พ.ศ.๒๕๖๓

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

1. ใบรับรองแพทย์ จำนวน 1 ฉบับ

2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

โทร.....

ความเห็นของฝ่ายสวัสดิการ / หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ(สาขา)

ตรวจสอบสิทธิการรับสวัสดิการแล้ว

( ) มีสิทธิรับเงินสวัสดิการ.....วัน เป็นเงิน .....บาท ใช้สิทธิ์แล้ว.....วัน คงเหลือ .....วัน

( ) ไม่มีสิทธิรับเงินสวัสดิการ เนื่องจาก .....

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

(.....)

ความเห็นของผู้จัดการ / รองผู้จัดการ

(ลงชื่อ) .....ผู้จัดการ / รองผู้จัดการ

(.....)