สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด
46/53-54 ซอยศรีโสธรตัดใหม่ 18 ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000
โทร 0-3851-6731, 096-974-3218

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการเยี่ยมสมาชิกกรณีเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 3 วัน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียน.....สังกัด.....

เป็นสมาชิกตั้งแต่วันที่.....อายุการเป็นสมาชิก.....ปี เข้ารับการรักษา

ณ..... ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เป็นเวลา.....วัน มีความประสงค์ขอรับเงิน

สวัสดิการเยี่ยมสมาชิกกรณีเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 3 วัน เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ทั้งนี้ ได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- ◯ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ
- ◯ สำเนาบัตรข้าราชการ

} และ ◯ สำเนาใบรับรองแพทย์

- ◯ หลักฐานอื่น ๆ (ระบุ).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

มอบอำนาจให้.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
เป็นผู้ดำเนินการแทน

(ลงชื่อ) .....
(.....)
ผู้ขอรับเงินสวัสดิการเยี่ยมสมาชิกกรณีเจ็บป่วย

เรียน ผู้จัดการ

ตามที่.....
เลขทะเบียน.....ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการเยี่ยมสมาชิกกรณีเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 3 วัน

เจ้าหน้าที่สหกรณ์ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อจ่ายเงินสวัสดิการเยี่ยมสมาชิกกรณีเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 3 วัน เป็นเงินจำนวน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ต่อไป

(ลงชื่อ) _____
เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

(ลงชื่อ) .....
รองผู้จัดการ

เรียน เหรัญญิก

เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการเยี่ยมสมาชิกกรณีเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 3 วัน เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

(ลงชื่อ) .....
ผู้จัดการ

เรียน ประธานกรรมการฯ

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ) _____
เหรัญญิก

◯ อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการเพื่อทราบต่อไป

(ลงชื่อ) .....
ประธานกรรมการดำเนินการ

การขอรับเงินสวัสดิการเยี่ยมสมาชิกกรณีเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลฯ ให้ยื่นเรื่องเพื่อขอรับเงินภายในกำหนด 120 วัน นับแต่วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ทั้งนี้ ต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์นี้มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

กรณีมอบอำนาจ : ใช้บัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) ของผู้มอบอำนาจ และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง