



แบบคำขอรับสวัสดิการผู้ป่วยในและผู้ป่วยติดเตียงแก่สมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์ครูปัตตานี จำกัด

วันที่

1. ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....เลขที่สมาชิก.....

หมายเลขบัตรประชาชน.....สังกัดหน่วย.....โรงเรียน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....ได้เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาล.....

เนื่องจากป่วยเป็นโรค.....ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....เป็นเวลา.....วัน

(ใบเสร็จรับเงินเพื่อขอรับเงินสวัสดิการ เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม ของปีบัญชีนั้น)

ขอรับเงินช่วยเหลือเรื่องสวัสดิการผู้ป่วยในและผู้ป่วยติดเตียงแก่สมาชิก ประจำปี ดังนี้

ช่วยเหลือการรักษาพยาบาล (ผู้ป่วยใน) จ่ายคืนละ 300 บาท ไม่เกิน 3 คืน (900บาท) / ปีบัญชี

เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ขอรับสวัสดิการ(ผู้ป่วย) จำนวน 1 ฉบับ

2. ใบรับรองแพทย์ ที่ได้รับการรักษาพยาบาล ระบุวันที่เข้ารับการักษาพยาบาล ถึง วันออกจากโรงพยาบาล

ทูพพลภาพถาวร(ผู้ป่วยติดเตียง) จ่าย 3,000 บาทต่อคน/ปีบัญชี

เอกสารประกอบการยื่นคำขอฯ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ขอรับสวัสดิการ(ผู้ป่วยติดเตียง) จำนวน 1 ฉบับ

2. ใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

(.....)

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

