

เอกสารประกอบ

1.ใบรับรองแพทย์ (ระบุวันที่นอน รพ.)

2.สำเนาบัตรประจำตัวของสมาชิก

หนังสือขอรับเงินสวัสดิการ

ช่วยเหลือสมาชิกประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย หรือคลอดบุตร

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก ประสบอุบัติเหตุ / เจ็บป่วย / คลอดบุตร

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูพังงา จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครู

พังงา จำกัด เลขทะเบียนที่..... หน่วยงาน / โรงเรียน..... อำเภอ..... จังหวัด

พังงา ได้ประสบอุบัติเหตุ / เจ็บป่วย / คลอดบุตร ด้วยสาเหตุ.....

และได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลติดต่อกัน จำนวน คืน (ตั้งแต่วันที่..... ถึง))

รายละเอียดตามใบรับรองแพทย์ที่แนบมาด้วยแล้ว จึงขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกกรณีประสบอุบัติเหตุ หรือ

เจ็บป่วย จากสหกรณ์ออมทรัพย์ครูพังงา จำกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ ผู้ขอรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ ขอให้โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์สหกรณ์ฯ เลขที่.....

หรือ บัญชีกรุงไทยเลขที่.....สาขา.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

พิจารณาจ่ายตามระเบียบว่าด้วยเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้เสียชีวิต หรือประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย พ.ศ.2561ข้อ 6

(ให้สมาชิกมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการช่วยเหลือ คินละ 500.-บาท ดังนี้ 6.1) อายุเป็นสมาชิกไม่เกิน 10 ปี รวมตลอดปี เบิกได้ไม่เกิน 6,000.-บาท

6.2) อายุการเป็นสมาชิก เกิน 10 ปี ถึง 20 ปี รวมตลอดปี เบิกได้ไม่เกิน 8,000.- บาท 6.3) อายุการเป็นสมาชิก เกิน 20 ปี ขึ้นไป รวมตลอดปี

เบิกได้ไม่เกิน 10,000.- บาท ทั้งนี้ การนับอายุการเป็นสมาชิกให้นับตั้งวันที่ออกจากโรงพยาบาล

สมาชิก ประสบอุบัติเหตุ / เจ็บป่วย / คลอดบุตร มาแล้วไม่เกิน 90 วัน

ความเห็นผู้ตรวจสอบ สมาชิกนอน รพ. ติดต่อกัน

สมาชิกขอรับเงินสวัสดิการฯ ในปีบัญชีนี้ เคยรับไปแล้ว

จำนวน.....คิน เห็นควรอนุมัติจ่ายสวัสดิการ

ทั้งสิ้น.....บาท

จำนวน.....บาท

อายุการเป็นสมาชิก.....ปีเดือน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

..... / /

ความเห็นผู้จัดการฯ.....

บันทึกการพิจารณา.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ / รองผู้จัดการ

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

..... / /

..... / /