



แบบคำร้องขอเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลบำรุงขวัญสมาชิก

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลบำรุงขวัญสมาชิก

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูฉะเชิงเทรา จำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย 1 ชุด

หนังสือรับรองแพทย์ ระบุวันที่เข้ารับการรักษาและวันที่ออกจากโรงพยาบาล

(กรณีมอบอำนาจ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ 1 ชุด

ด้วยข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี ที่อยู่อาศัย

ปัจจุบันเลขที่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นสมาชิกสหกรณ์เลขทะเบียนที่.....รับราชการ ตำแหน่ง.....

สังกัด/โรงเรียน.....

มีความประสงค์ ขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาลบำรุงขวัญสมาชิก.....

ทั้งนี้เนื่องจาก ได้เข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล.....

เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่.....ออกจากโรงพยาบาลวันที่.....รวม.....วัน

ค่าวินิจฉัยโรค ของแพทย์.....

ตามระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วยสวัสดิการรักษายาบาลบำรุงขวัญสมาชิก สมาชิกจะขอรับเงินสวัสดิการตามระเบียบนี้ได้ไม่เกิน 2 ครั้ง ในรอบ 1 ปี ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอใช้สิทธิ์ ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....) ตัวบรรจง

อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูฉะเชิงเทรา จำกัด

สำหรับเจ้าหน้าที่

จ่ายตามระเบียบข้อ 5 (.....)

จำนวนเงิน บาท



หนังสือมอบอำนาจ
รับเงินสวัสดิการรักษายาบาลบำรุงชวัญสมาชิก
~~~~~

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสหกรณ์เลขทะเบียนที่.....

รับราชการตำแหน่ง.....สังกัด/โรงเรียน.....

จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นผู้ขอรับเงิน ตามระเบียบสหกรณ์ฯ ว่าด้วยสวัสดิการรักษายาบาลบำรุงชวัญสมาชิก  
พ.ศ.2549 ไม่สามารถมารับเงินด้วยตนเองได้ จึงขอมอบอำนาจการรับเงินดังกล่าว ให้กับ.....

.....รับราชการตำแหน่ง.....

สังกัด/โรงเรียน.....จังหวัดฉะเชิงเทรา

เป็นผู้ยื่นเรื่องดำเนินการและขอรับเงินสวัสดิการตามระเบียบนี้แทนข้าพเจ้าทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้รับเงิน

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

**\*\*หมายเหตุ :** ผู้รับมอบอำนาจต้องนำสำเนาบัตรประจำตัวประจำตัวประชาชนแนบพร้อมหนังสือมอบอำนาจนี้