



หนังสือขอรับเงินทุนสวัสดิการสมาชิกเพื่อสวัสดิการรักษายาบาล

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินทุนสวัสดิการสมาชิกเพื่อสวัสดิการรักษายาบาล

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูลพบุรี จำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวข้าราชการ 1 ฉบับ

2. สำเนาใบเสร็จจ่ายค่ารักษายาบาล (นำใบเสร็จฉบับจริงมาแสดง)

หรือหลักฐานจากสถานพยาบาลรับรองการเป็นคนไข้ 1 ฉบับ

ข้าพเจ้า นาย,นาง,นางสาว.....ตำแหน่ง.....

สังกัด/โรงเรียน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดลพบุรี เป็นสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูลพบุรี จำกัด เลขทะเบียนที่.....มีความประสงค์ขอรับเงินทุนสวัสดิการ ตามระเบียบ

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูลพบุรี จำกัด ว่าด้วยเงินทุนสวัสดิการสมาชิกเพื่อสวัสดิการรักษายาบาล พ.ศ. 2550

จึงขอส่งสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวข้าราชการ สำเนาใบเสร็จจ่ายค่ารักษายาบาล

(นำใบเสร็จฉบับจริงมาแสดง) หรือหลักฐานจากสถานพยาบาลรับรองการเป็นคนไข้ เรียนมาพร้อมหนังสือนี้ เพื่อโปรดพิจารณา

จ่ายเงินตามความประสงค์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(-----)

เสนอ ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูลพบุรี จำกัด

ได้ตรวจสอบหลักฐานแล้ว ปรากฏว่า นาย,นาง,นางสาว.....

เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูลพบุรี จำกัด เมื่อวันที่..... มีสิทธิได้รับเงินทุนสวัสดิการตามระเบียบ

ว่าด้วยเงินทุนสวัสดิการสมาชิกเพื่อสวัสดิการรักษายาบาล พ.ศ.2550 ข้อ 4 จำนวนเงิน.....บาท

(.....) และเห็นควรอนุมัติจ่ายเงินทุนสวัสดิการสมาชิกเพื่อสวัสดิการ

รักษายาบาลให้แก่ สมาชิกตามระเบียบฯ

.....เจ้าหน้าที่ประจำหน่วย

...../...../.....

อนุมัติ

.....ผู้ช่วยผู้จัดการ

...../.....

.....

...../...../..... ตรวจสอบถูกต้องแล้ว/...../.....



ใบรับรองการเจ็บป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นายแพทย์ . แพทย์หญิง).....

สถานประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ.....

ได้ทำการตรวจรักษาผู้ป่วย (นาย, นาง, นางสาว).....

มารับการตรวจ เมื่อ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รับไว้รักษาใน ร.พ.หรือสถานประกอบการ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ป่วยด้วยโรค.....

เห็นสมควรให้หยุดตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึง วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... รวม.....วัน

ความเห็นอื่นๆ (หากมี).....

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

ผู้รับการตรวจหรือผู้ดูแล แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ 1. ใบรับรองนี้จะใช้ได้ก็ต่อเมื่อมีตราประทับของโรงพยาบาล

2. หากมีการแก้ไขใดๆ ในใบรับรองนี้ ต้องมีลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจกำกับทุกครั้ง



บันทึกข้อความ

หน่วยงาน สหกรณ์ออมทรัพย์ครูลพบุรี จำกัด

ที่...../..... วันที่.....

เรื่อง ขอรับเงินทุนสวัสดิการสมาชิกเพื่อสวัสดิการรักษายาบาลเกินกำหนด

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูลพบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า นาย,นาง,นางสาว..... ตำแหน่ง.....
สังกัด/โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัดลพบุรี โทรศัพท์.....
เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูลพบุรี จำกัด เลขทะเบียนที่.....เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล
.....ป่วยด้วยโรค.....ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
.....จำนวน.....คืน ซึ่งได้ยื่นขอรับเงินทุนสวัสดิการฯ เกินกำหนดระยะเวลา 60 วัน ตามระเบียบสหกรณ์
ออมทรัพย์ครูลพบุรี จำกัด ว่าด้วยเงินทุนสวัสดิการสมาชิกเพื่อสวัสดิการรักษายาบาล พ.ศ. 2550 พร้อมทั้งขอส่งเอกสาร
ประกอบการพิจารณาเรียนมาพร้อมหนังสือฉบับนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวข้าราชการ
- สำเนาใบเสร็จค่ารักษายาบาล
- ใบรับรองแพทย์ หรือหลักฐานจากสถานพยาบาลรับรองการเป็นคนไข้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(-----)

เสนอ ผู้จัดการ

.....
ยื่นขอรับเงินทุนสวัสดิการสมาชิก

เพื่อสวัสดิการรักษายาบาล

เกินกำหนดระยะเวลา 60 วัน

- เห็นควรนำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการ

ดำเนินการทราบและพิจารณาต่อไป