



สหกรณ์เครดิตยูเนียนบ้านป่าซาง จำกัด

57/1 หมู่ที่ 1 ตำบลป่าซาง อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา โทร.074 – 499831-2 Fax 074-499832

แบบขอรับเงินสวัสดิการเพื่อการรักษาพยาบาล

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย นาง นางสาว).....สมาชิกเลขที่.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

( ) ข้าพเจ้า

( ) อื่นๆ ระบุ..... ชื่อ (นาย นาง นางสาว).....สมาชิกเลขที่.....

สมาชิกคุณภาพระดับ.....ป่วยเป็นโรค.....และได้รับการตรวจรักษาจากสถานพยาบาล ชื่อ.....

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเพื่อการรักษาพยาบาล ตามระเบียบสหกรณ์ ฯ ว่าด้วยการจัดสวัสดิการให้แก่สมาชิก พ.ศ. 2568 ตามหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสวัสดิการ

( ) กรณีเบิกเงินที่ต้องใช้ใบเสร็จจากรักษาพยาบาลแบบ สหกรณ์จะช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลปีละ.....บาท เบิกครั้งที่.....จำนวนเงิน.....บาท ยอดเงินคงเหลือ.....บาท

( ) กรณีประสบอุบัติเหตุ ขาหัก แขนหัก กระดูกหักและกระดูกแตก สหกรณ์จะช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลครั้งละ 500 บาท

( ) กรณีประสบอุบัติเหตุจนเกิดบาดแผลต้องเย็บ สหกรณ์จะช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลครั้งละ 300 บาท

( ) กรณีประสบอุบัติเหตุสูญเสียอวัยวะ สหกรณ์จะช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลครั้งละ 1,000 บาท

( ) กรณีเจ็บป่วยต้องนอนพักค้างคืนในสถานพยาบาล ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่..... สหกรณ์จะช่วยเหลือค่านอนพักค้างคืน จำนวน.....คืนๆ ละ.....บาท ไม่เกิน 10 คืนต่อปี

4. กรณีขอเบิก ตามข้อ 3. ต้องแนบใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลมาด้วยทุกครั้ง และต้องแจ้งให้สหกรณ์ทราบภายใน 1 ปีนับจากวันที่ออกไปรับรองแพทย์

รวมเงินที่ขอเบิก.....บาท(.....)

(ลงชื่อ) .....ผู้ขอรับสวัสดิการ

(.....)

<p>5. คำรับรองของเจ้าหน้าที่</p> <p>เสนอ ประธานกรรมการ</p> <p>ข้าพเจ้า..... ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเพื่อการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก</p> <p>(ลงชื่อ) .....เหรียญก/ผู้จัดการ</p> <p>(.....)</p> <p>...../...../.....</p>	<p>6. คำอนุมัติ</p> <p>อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ) .....ประธานกรรมการ</p> <p>(.....)</p> <p>...../...../.....</p>
---	---