



สหกรณ์ออมทรัพย์ครูแม่ฮ่องสอน จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาล

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูแม่ฮ่องสอน จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....สังกัด/หน่วย.....

เบอร์โทรศัพท์.....มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาล ซึ่งข้าพเจ้าได้เข้ารับ

การรักษายาบาลที่สถานพยาบาล.....ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่..... เป็นระยะเวลา ค่ำ

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

☐ สำเนาใบเสร็จค่ารักษายาบาล หรือหลักฐานจากสถานพยาบาลรับรองการเป็นคนไข้ใน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาล

***การขอรับเงินสวัสดิการให้ยืมขอรับเงิน ภายในกำหนด 90 วัน นับแต่วันที่ออกจากสถานพยาบาล และแต่ละครั้งต้องมีระยะเวลาห่างกันไม่น้อยกว่า 30 วัน

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูแม่ฮ่องสอน จำกัด

ใบสำคัญจ่ายเงิน

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่ ได้รับเงิน

สวัสดิการรักษายาบาล จากสหกรณ์ออมทรัพย์ครูแม่ฮ่องสอน จำกัด จำนวน บาท

(.....) โดยโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์ เลขที่บัญชี.....

.....ผู้รับเงิน