

สหกรณ์ออมทรัพย์วังเดิม จำกัด

แบบฟอร์มขอรับเงินสงเคราะห์กรณีสมาชิกเจ็บป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเกินกว่า 10 วัน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ สอ.วด.

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนสมาชิกที่.....

สังกัด.....โทร.(ที่ทำงาน)..... โทร. (มือถือ).....

มีความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์จำนวน 1,000 บาท กรณีป่วยเป็นโรค.....

และได้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล.....

ตั้งแต่.....รวม.....วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาจ่ายเงินสงเคราะห์กรณีสมาชิกเจ็บป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลดังกล่าวให้ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์กรณีสมาชิกเจ็บป่วย

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ สอ.วด.

ฝ่ายจัดการ สอ.วด.ได้ตรวจสอบหลักฐานแล้วถูกต้อง

จึงขอได้โปรดพิจารณาสั่งจ่ายเงินสงเคราะห์กรณีสมาชิกเจ็บป่วยนอน

รักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

- อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

น.อ.

พล.ร.ท.

ผู้จัดการ สอ.วด.

ประธานกรรมการดำเนินการ สอ.วด.

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารสมาชิกที่ขอรับเงินสงเคราะห์

1. ใบรับรองแพทย์ (พร้อมประทับตราโรงพยาบาล)
2. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
3. สำเนาเลขที่บัญชีธนาคารทหารไทยธนชาติ จำกัด (มหาชน)

หมายเหตุ : สำเนาเอกสารให้สมาชิกเป็นผู้รับรองด้วยตนเอง