



ใบขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกเพื่อการรักษาพยาบาล

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนที่.....

ตำแหน่ง.....สำนักงาน/โรงเรียน.....

อำเภอ.....จังหวัดอุทัยธานี โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกเพื่อการรักษาพยาบาล

เนื่องจากข้าพเจ้า ได้เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล.....

ด้วยโรค.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวมวันที่ขอรับเงิน.....วัน

หลักฐานเอกสาร ที่แนบมาด้วยดังนี้

- สำเนา บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการของสมาชิกผู้ขอรับเงิน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการของทายาท (กรณีทายาทรับเงินแทน)
- ใบเสร็จรับเงิน หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน ของสถานพยาบาล จำนวน.....ใบ หรือ
- ใบรับรองแพทย์ ของสถานพยาบาล ระบุวันเข้าทำการรักษา (กรณีไม่มีใบเสร็จรับเงิน)

(ลงชื่อ).....ทายาทสมาชิกรับเงินแทน (ลงชื่อ).....สมาชิกผู้ขอรับเงิน

(.....)

(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....ของสมาชิกผู้ขอรับเงิน

บันทึกเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว นาย/นาง/น.ส.....เลขทะเบียนที่.....

มีสิทธิรับเงินเพื่อรักษาพยาบาล จำนวน.....วัน เป็นเงิน.....บาท (.....)

(สมาชิกเคยรับเงินเพื่อการรักษาพยาบาลมาแล้วในปีนี้ จำนวน.....วัน เป็นเงิน.....บาท)

.....เจ้าหน้าที่

บันทึกความเห็นของผู้จัดการฯ

.....

.....ผู้จัดการฯ