



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด
๑๙ ซ.อัสวานนท์ 35 ถ.สุขุมวิท ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270
โทร. 02-7029169 มือถือ 086-3277807 โทรสาร 02-7029169

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการ จำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย หลักฐานการเข้ารับการรักษายาบาล จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียน.....

สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ

ได้เข้ารับการรักษายาบาลที่(ชื่อสถานพยาบาล).....

อำเภอ.....จังหวัด.....เนื่องจาก.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

รวมระยะเวลาที่เป็นคนไข้ใน จำนวน.....คืน และมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรปราการจำกัด จำนวน 1,000.00 บาท (-หนึ่งพันบาทถ้วน-)

จึงเรียนมาเพื่อขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ โดยมี
ความประสงค์ขอโอนเข้าบัญชีธนาคาร.....เลขที่บัญชี.....

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

เบอร์โทรศัพท์.....

หมายเหตุ การจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลในแต่ละครั้ง สหกรณ์ฯจะจ่ายกรณีที่มีสมาชิกเข้ารับการ
รักษายาบาลอย่างน้อย 3 วัน แต่ทั้งนี้รวมกันแล้วต้องไม่เกินปีละ 2 ครั้ง และยื่นขอรับเงินภายใน 90 วัน

บันทึกเจ้าหน้าที่ ได้ตรวจสอบเอกสารการเข้ารับการรักษายาบาลของสมาชิกแล้ว โดยมีสิทธิรับเงิน
สวัสดิการรักษายาบาล จำนวน 1,000.00 บาท (-หนึ่งพันบาทถ้วน-)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)

ลงชื่อ.....ประธาน

(.....)