

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 2. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลฯ
- **ระบุวันเข้า-ออกในการรักษา

บันทึกข้อความ

หน่วยงาน สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติจ่ายสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสมาชิก

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส.ซึ่งเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด
สมาชิกเลขที่.....หน่วยงาน/โรงเรียน.....ได้เข้ารับการรักษาตัว
ในโรงพยาบาล.....ตั้งแต่วันที่.....เป็นเวลา.....คืน
เนื่องจาก.....จึงขอเบิกเงิน จำนวน.....บาท (.....)
เข้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด บัญชีเลขที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

โทร.....

ความเห็นเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด

ได้ตรวจสอบสิทธิเรียบร้อยแล้ว สมาชิกมีสิทธิได้รับเงินตามระเบียบฯ ช่วยเหลือการรักษาพยาบาล
จำนวนคืน เป็นเงินจำนวน.....บาท

ลงชื่อ.....

(.....)

ความเห็นผู้มีอำนาจลงนาม

อนุมัติการจ่ายเงินจากหมวด สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

ไม่อนุมัติการจ่ายเงิน เพราะ.....

ลงชื่อ.....

(น.ส.ขวัญใจ กาญจนประพันธ์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....