

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

2. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล

\*\*ระบุวันเข้า-ออกในการรักษา

## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ..... สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด.....

วันที่.....

เรื่อง ..ขออนุมัติจ่ายสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสมาชิก.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. ....ซึ่งเป็นสมาชิกสหกรณ์

ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด สมาชิกเลขที่.....หน่วยงาน/โรงเรียน.....

ได้เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล.....เป็นเวลา.....คืน

ตั้งแต่วันที่.....เนื่องจาก.....

จึงขอเบิกเงิน จำนวน.....บาท (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

### ความเห็นเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด

ได้ตรวจสอบสิทธิเรียบร้อยแล้ว สมาชิกมีสิทธิได้รับเงินตามระเบียบฯ ช่วยเหลือการรักษาพยาบาล

จำนวน .....คืน เป็นเงินจำนวน.....บาท

ลงชื่อ.....

(.....)

### ความเห็น ผู้มีอำนาจลงนาม

อนุมัติการจ่ายเงินจากหมวด สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

ไม่อนุมัติการจ่ายเงิน เพราะ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

### เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....