



**คำขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับอุบัติเหตุ เจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัว
สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด**

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการหรือผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....
 ตำแหน่ง.....สังกัด.....
 โทรศัพท์(มือถือ)..... มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการฯนี้และขอให้ข้อมูลเพิ่มเติม
 ดังนี้ บาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุ.....เมื่อวันที่.....
 เจ็บป่วยเป็น.....เข้ารับการรักษาที่.....
 เมื่อวันที่.....
 เข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาล.....ระหว่างวันที่.....
จำนวน.....วัน

กรณีที่ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการฯ ข้าพเจ้าขอรับ เงินสด โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์สหกรณ์

หมายเหตุสมาชิกคนหนึ่งๆ มีสิทธิขอรับสวัสดิการนี้ได้เพียงปีละไม่เกิน 2 ครั้งในแต่ละกรณี และเป็นสมาชิกมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปียื่นขอรับสวัสดิการภายในไม่เกิน 90 วันนับจากวันเกิดเหตุการณ์

| | |
|--|---|
| <p>สำหรับเจ้าหน้าที่</p> <p>ตรวจสอบแล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> อายุการเป็นสมาชิก.....ปี</p> <p><input type="checkbox"/> ขอรับสวัสดิการไม่เกินกำหนด</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารหลักฐานครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> รับสวัสดิการ.....บาท</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ</p> <p>วันที่.....</p> | <p>ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่.....</p> |
|--|---|

| |
|--|
| <p>สำหรับผู้มีอำนาจอนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> อนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....</p> <p>ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ/ผู้จัดการ</p> <p>วันที่.....</p> |
|--|

| |
|--|
| <p>เอกสารประกอบการขอรับสวัสดิการ</p> <ol style="list-style-type: none"> แบบคำขอรับสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับอุบัติเหตุ เจ็บป่วย เข้ารักษาตัว สำเนาใบเสร็จรับเงิน สำเนาใบรับรองแพทย์ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน(ผู้รับสวัสดิการ) |
|--|