



คำขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับอุบัติเหตุ เจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัว
สภกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการหรือผู้จัดการสภกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

โทรศัพท์(มือถือ)..... มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการฯนี้และขอให้ข้อมูลเพิ่มเติม

ดังนี้ บาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุ.....เมื่อวันที่.....

เจ็บป่วยเป็น.....เข้ารับการรักษาที่.....
เมื่อวันที่.....

เข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาล.....ระหว่างวันที่.....
.....จำนวน.....วัน

กรณีที่ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการฯ ข้าพเจ้าขอรับ เงินสด โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์สภกรณ์

หมายเหตุสมาชิกคนหนึ่งๆ มีสิทธิขอรับสวัสดิการนี้ได้เพียงปีละไม่เกิน 2 ครั้งในแต่ละกรณี และเป็นสมาชิกมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปียื่นขอรับสวัสดิการภายในไม่เกิน 90 วันนับจากวันเกิดเหตุการณ์

สำหรับเจ้าหน้าที่
ตรวจสอบแล้ว
<input type="checkbox"/> อายุการเป็นสมาชิก.....ปี
<input type="checkbox"/> ขอรับสวัสดิการไม่เกินกำหนด
<input type="checkbox"/> เอกสารหลักฐานครบถ้วน
<input type="checkbox"/> รับสวัสดิการ.....บาท
ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....

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

เอกสารประกอบการขอรับสวัสดิการ
1. แบบคำขอรับสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกที่ได้รับอุบัติเหตุ เจ็บป่วย เข้ารักษาตัว
2. สำเนาใบเสร็จรับเงิน สำเนาใบรับรองแพทย์
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน(ผู้รับสวัสดิการ)