

สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำกัด

คำร้องขอรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ มศว

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

หน่วย..... ขอรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล ดังรายละเอียดดังนี้

1. ชื่อสถานพยาบาล.....
2. สาเหตุของการเข้ารับรักษาพยาบาล.....
3. เวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....  
ตามหลักฐานที่แนบมาจำนวน.....ฉบับ
4. ขอรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลฯ จำนวน.....คืน เป็นจำนวนเงิน.....บาท  
(คืนละ 150 บาท ครั้งละไม่เกิน 1,000 บาท ปีละไม่เกิน 5 ครั้ง)

ลงชื่อ.....

หลักฐานแนบเรื่อง

- (1) ฉบับจริง หนังสือรับรองของแพทย์หรือของสถานพยาบาลหรือใบเสร็จรับเงิน ที่ระบุระยะเวลาเข้ารับการรักษา
- (2) สำเนา หนังสือรับรองของแพทย์หรือของสถานพยาบาลหรือใบเสร็จรับเงิน ที่ระบุระยะเวลาเข้ารับการรักษา  
ต้องแสดงพร้อมฉบับจริง

<p>(2) อนุมัติจ่ายเงินได้จำนวน.....บาท</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จัดการ วันที่.....</p>	<p>(1) การตรวจสอบ.</p> <p>นอนรักษาพยาบาล.....คืน รับเงินช่วยเหลือฯ .....บาท</p> <p>รับเงินช่วยเหลือฯ ปี.....</p> <p>ครั้งที่ 1 วันที่.....</p> <p>ครั้งที่ 2 วันที่.....</p> <p>ครั้งที่ 3 วันที่.....</p> <p>ครั้งที่ 4 วันที่.....</p> <p>ครั้งที่ 5 วันที่.....</p> <p>ลงชื่อ.....ฝ่ายทะเบียนสมาชิก วันที่.....</p>
<p>(3) การจ่ายเงิน</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน วันที่.....</p>	