

สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยศิลปากร จำกัด
คำร้องขอรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการ

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

สังกัด.....โทร.....

ขอรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล ดังรายละเอียดดังนี้

1. ชื่อสถานพยาบาล.....
2. สาเหตุของการเข้ารับรักษาพยาบาล.....
3. เวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
ตามหลักฐานที่แนบมาจำนวน.....ฉบับ
4. ขอรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลฯ จำนวน.....คืน เป็นจำนวนเงิน.....บาท
(คืนละ 300 บาท ครั้งละไม่เกิน 5 คืน ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง)

ลงชื่อ.....

หลักฐานแนบเรื่อง

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

<p>(1) การตรวจสอบ นอนรักษาพยาบาล.....คืน รับเงินช่วยเหลือฯ.....บาท รับเงินช่วยเหลือฯ ปี..... ครั้งที่ 1 วันที่..... ครั้งที่ 2 วันที่..... การขอครั้งที่ 1 ต้องมีระยะเวลาห่างจากครั้งที่ 2 ไม่น้อยกว่า 20 วัน</p>	<p>(2) การอนุมัติ อนุมัติจ่ายเงิน จำนวน.....บาท <input type="checkbox"/>ประธานกรรมการ <input type="checkbox"/>รองประธานฯ <input type="checkbox"/>เลขานุการ ลงชื่อ.....<input type="checkbox"/>ผู้จัดการ วันที่.....</p>
<p>ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์ วันที่.....</p>	<p>(3) การจ่ายเงิน ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน วันที่.....</p>

หมายเหตุ สมาชิกต้องติดต่อขอรับเงินช่วยเหลือฯ ภายใน 60 วัน นับแต่ออกจากสถานพยาบาล