

สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำกัด

คำร้องขอรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ มศว จำกัด

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) รับเงินช่วยเหลือโดย
☐ เข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์ มศว ☐ บัญชีธนาคาร.....
สาขา.....เลขที่บัญชี.....

ลงชื่อ.....

หลักฐานแนบเรื่อง

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

(1) การตรวจสอบ นอนรักษาพยาบาล.....คืน รับเงินช่วยเหลือฯบาท รับเงินช่วยเหลือฯ ปี..... ครั้งที่ 1 วันที่..... ครั้งที่ 2 วันที่..... ครั้งที่ 3 วันที่..... ครั้งที่ 4 วันที่..... ครั้งที่ 5 วันที่..... ลงชื่อ.....ฝ่ายทะเบียนสมาชิก วันที่.....	(2) อนุมัติจ่ายเงินได้จำนวน.....บาท ลงชื่อ.....ผู้จัดการ วันที่..... (3) การจ่ายเงิน ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน วันที่.....
---	---