



สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยนครราชสีมา จำกัด
แบบคำขอรับเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์สมทบค่ารักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนสมาชิก.....สังกัด.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....มือถือ.....ป่วยเป็นโรค.....
และเข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทคนไข้ในที่โรงพยาบาล.....ที่อยู่.....
.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
จนถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์สมทบเป็นค่ารักษาพยาบาล ตามระเบียบฯ วันละ 300 บาท
แต่ไม่เกิน 20 วันต่อครั้ง รวม.....วัน เป็นเงิน.....บาท(.....)

ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์เพื่อสมทบเป็นค่ารักษาพยาบาล ดังนี้

1. ใบรับรองระยะเวลาการเข้ารับการรักษาของสถานพยาบาล
2. สำเนาใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาล
3. สำเนาบัตรประชาชน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ในการขอรับเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์สมทบค่า
รักษาพยาบาลของข้าพเจ้ามีความประสงค์

โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก สอมช. เลขที่.....ชื่อบัญชี.....
ลงชื่อ.....

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

บันทึกเจ้าหน้าที่

ผู้ขอรับเงินทุนมีอายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือนวันเข้าเป็นสมาชิก.....

เคย/ไม่เคย ขอรับเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์

.....เจ้าหน้าที่
...../...../.....

เสนอ ผู้จัดการ

ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว ถูกต้อง
ตามระเบียบฯ เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินได้

จำนวนเงิน.....บาท(.....)

.....ผู้ช่วยผู้จัดการ

...../...../.....

อนุมัติเบิกจ่ายได้

.....ผู้จัดการ

...../...../.....

หมายเหตุ : 1. ต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยนครราชสีมา จำกัด มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. ต้องแจ้งความจำนงขอรับเงินทุนฯ ภายใน 120 วัน นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล