

สวัสดิการรวมใจช่วยเหลือเพื่อนสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจภาค 5

แบบคำขอรับเงินสวัสดิการเยียวยารักษาพยาบาล

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการสวัสดิการรวมใจช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจภาค 5

ด้วยข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

สังกัด..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

หมู่บ้าน..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการเยียวยารักษาพยาบาล เนื่องจากป่วยด้วยโรค.....

และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล..... ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่..... รวมระยะเวลา.....คืน โดยข้าพเจ้าได้แนบเอกสารการพิจารณา ดังนี้

- ☐ 1. หนังสือรับรองของแพทย์ผู้ให้การรักษา
- ☐ 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ
- ☐ 3. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของธนาคารกรุงไทย

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับเงิน โอนเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขา.....

บัญชีเลขที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....สมาชิก

(.....)

ความเห็นของกรรมการสวัสดิการรวมใจ	สำหรับเจ้าหน้าที่
☐ อนุมัติ	โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย ของสมาชิก
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....	จำนวน..... บาท เมื่อวันที่.....
	เป็นที่เรียบร้อยแล้ว
ลงชื่อ.....	
(.....)	ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....	(.....)
	ตำแหน่ง.....