

**คำร้องขอรับเงินสวัสดิการนอกรักษาตัวโรงพยาบาลของสมาชิก**

รับที่ .....
วันที่ .....
เวลา .....

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**เรื่อง** ขอรับเงินสวัสดิการนอกรักษาตัวโรงพยาบาลของสมาชิก

**เรียน** ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด

**สิ่งที่ส่งมาด้วย** 1. สำเนาบัตรประจำตัว จำนวน 1 ฉบับ  
2. ใบรับรองแพทย์หรือใบความเห็นของแพทย์หรือประวัติการนอนโรงพยาบาล (แผนกเวชระเบียน) จำนวน 1 ฉบับ (ที่ระบุวันทีนอนโรงพยาบาล)

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด

เลขทะเบียน..... ข้าพเจ้าได้เข้าพักรักษาตัว ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ในโรงพยาบาล.....

ห้องพิเศษ ห้องที่..... ตึก.....รวมจำนวน.....วัน

ห้องพักรักษาผู้ป่วยสามัญ เตียงที่..... ตึก.....รวมจำนวน.....วัน

ข้าพเจ้าขอยื่นคำร้องขอรับเงินสวัสดิการนอกรักษาตัวโรงพยาบาล จากสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด ตามระเบียบฯ เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) เข้าสมุดเงินฝากของสหกรณ์ฯ บัญชีเลขที่.....และในระหว่างปี ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการป่วยนอนโรงพยาบาล

**สถิติการรับเงินสวัสดิการ**

เบิกมาแล้ว (วัน)	เบิกครั้งนี้ (วัน)	รวม (วัน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ผู้ยื่นคำร้อง/ผู้รับเงิน

**บันทึกเจ้าหน้าที่**

เห็นควรนำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ จำนวนเงิน.....บาท  
หมายเหตุ.....

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(นางลาวัลย์ ช่างชัย)

ผู้จัดการ

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

**คำสั่งประธานกรรมการฯ** จ่ายตามมติที่ประชุม ชุดที่.....  
ในการประชุมครั้งที่.....วันที่.....

อนุมัติตามเสนอ

(ลงชื่อ) .....

(นายณรินทร์ ชำนาญดู)

ประธานกรรมการดำเนินการ

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด

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