



แบบคำขอรับเงินสวัสดิการชดเชยค่ารักษาพยาบาล
สมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัส COVID – 19

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาลสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วย โรคติดเชื้อไวรัส COVID – 19

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูชลบุรี จำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบรับรองแพทย์หรือใบเสร็จรับเงิน

(ระบุ เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัส COVID – 19)

จำนวน.....1.....ฉบับ

2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรข้าราชการของสมาชิก

จำนวน.....1.....ฉบับ

3. สำเนาหน้าสมุดบัญชี ธนาคารกรุงไทย

จำนวน.....1.....ฉบับ

ด้วยข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....อายุ.....ปี

รับราชการหรือทำงานประจำในตำแหน่ง.....โรงเรียน.....

อำเภอ.....สังกัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....

แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการชดเชยค่ารักษาพยาบาลสมาชิก ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์ครูชลบุรี จำกัด ว่าด้วยการจ่ายเงินสวัสดิการชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้สมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัส COVID – 19 พ.ศ.2563

ให้ได้รับเงินสวัสดิการชดเชยค่ารักษาพยาบาล จำนวนเงิน 10,000.-บาท/คน โดยส่งเอกสารทางช่องทางอิเล็กทรอนิกส์

ภายในระยะเวลา 90 วัน นับตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล และได้ส่งหลักฐานการเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็น

คนไข้ในจากโรงพยาบาล.....จังหวัด.....พักรักษาตัวใน

โรงพยาบาลวันที่.....เพื่อมาประกอบการพิจารณาพร้อมหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)