



สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ใบเบิกเงินสวัสดิการสงเคราะห์กรณีบิดา, มารดา, คู่สมรส, บุตร ถึงแก่กรรม
(ซึ่งไม่ได้เป็นสมาชิกสหกรณ์)

รับที่...../.....
วันที่.....
ผู้รับ.....เวลา.....น.

- 1. ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนสมาชิก.....สังกัด.....
อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน เป็น บุตร คู่สมรส บิดา มารดา ของ.....
ซึ่งได้ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ด้วยสาเหตุ.....
- 2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ศพ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)
- 3. ข้าพเจ้ามีพี่น้องที่เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด รวม.....คน ดังนี้
1. ชื่อ - นามสกุล.....เลขทะเบียนสมาชิก.....สังกัด.....
วันสมัครเข้าเป็นสมาชิก.....อายุสมาชิก.....
2. ชื่อ - นามสกุล.....เลขทะเบียนสมาชิก.....สังกัด.....
วันสมัครเข้าเป็นสมาชิก.....อายุสมาชิก.....
3. ชื่อ - นามสกุล.....เลขทะเบียนสมาชิก.....สังกัด.....
วันสมัครเข้าเป็นสมาชิก.....อายุสมาชิก.....
- 4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และได้แนบหลักฐานประกอบ ดังนี้
 สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ ของผู้รับฯ และผู้ถึงแก่กรรม
 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับฯ และผู้ถึงแก่กรรม (พร้อมนำต้นฉบับมาแสดง)
 สำเนาใบมรณบัตร (พร้อมนำต้นฉบับมาแสดง)
 สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีนามสกุลไม่ตรงกับบิดา, มารดา)

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ขอรับสวัสดิการสงเคราะห์ศพ

<p>5. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้อง ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการสงเคราะห์กรณีบิดา, มารดา, คู่สมรส, บุตร ถึงแก่กรรม ฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าสมาชิกมี สิทธิได้รับสวัสดิการตามระเบียบ</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ เจ้าหน้าที่ฝ่ายสำนักงาน วันที่.....</p> <p>ลงชื่อ..... ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายสำนักงาน วันที่.....</p>	<p>7. ใบรับเงิน ได้รับเงินสวัสดิการจำนวน..... (.....) ข้าพเจ้ารับทราบว่าจะได้รับเงินสวัสดิการหลังจากคณะกรรมการสวัสดิการ ได้พิจารณาอนุมัติเรียบร้อยแล้ว โดยสหกรณ์จะดำเนินการโอนเงินสวัสดิการ เข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของข้าพเจ้า</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน (.....)</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....</p>
<p>6. คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ตามมติคณะกรรมการสวัสดิการ ชุดที่.....ครั้งที่...../.....วันที่.....</p> <p>ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง.....</p>	