



สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ใบเบิกเงินสวัสดิการสงเคราะห์กรณีบิดา, มารดา, คู่สมรส, บุตร ถึงแก่กรรม
(ซึ่งไม่ได้เป็นสมาชิกสหกรณ์)

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

- ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....เลขทะเบียนสมาชิก.....สังกัด.....
อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน เป็นบุตร,คู่สมรส,บิดา,มารดาของ.....ซึ่งได้ถึงแก่กรรม
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ด้วยสาเหตุ.....
- ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ศพ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)
- ข้าพเจ้ามีพี่น้องที่เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด รวม.....คน ดังนี้
 - ชื่อ - นามสกุล.....สังกัด.....เลขทะเบียนสมาชิก.....
วันสมัครเข้าเป็นสมาชิก.....อายุสมาชิก.....
 - ชื่อ - นามสกุล.....สังกัด.....เลขทะเบียนสมาชิก.....
วันสมัครเข้าเป็นสมาชิก.....อายุสมาชิก.....
 - ชื่อ - นามสกุล.....สังกัด.....เลขทะเบียนสมาชิก.....
วันสมัครเข้าเป็นสมาชิก.....อายุสมาชิก.....
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และได้แนบหลักฐานประกอบ ดังนี้
 - สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ ของผู้รับฯ และผู้ตาย
 - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับฯ และผู้ตาย (พร้อมนำต้นฉบับจริงมาแสดง)
 - สำเนาใบมรณบัตร (พร้อมนำต้นฉบับจริงมาแสดง)
 - สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีนามสกุลไม่ตรงกับบิดา, มารดา)
 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....
(.....)

ผู้ขอรับสวัสดิการสงเคราะห์ศพ

<p>5. ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องแล้ว ผู้ขอเบิก มีสิทธิเบิกได้ ตามระเบียบฯ</p> <p>ลงชื่อ..... (.....) ผู้ตรวจสอบ</p>	<p>6. คำรับรองของผู้มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้อง</p> <p>เสนอผู้จัดการ ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก</p> <p>ลงชื่อ..... (.....)</p>
<p>7. คำอนุมัติ</p> <p>อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง.....</p>	<p>8. ใบรับเงิน</p> <p>ได้รับเงินสวัสดิการจำนวน..... (.....) ไปถูกต้องแล้ว</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน (.....) ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)</p>