



สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จำกัด
แบบฟอร์มคำร้องขอทุนสวัสดิการ กรณี รักษาพยาบาล (ผู้ป่วยใน)

เขียนที่.....

วันที่

เรื่อง ขอรับทุนสวัสดิการ กรณี รักษาพยาบาล (ผู้ป่วยใน)

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) เลขที่สมาชิก.....

เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จำกัด ใคร่ขอรับทุนสวัสดิการ กรณี รักษาพยาบาล (ผู้ป่วยใน) จากการ ☐ คลอดบุตร ☐ ทำหมัน ☐ เจ็บป่วย เนื่องจาก

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ทำการรักษาในโรงพยาบาล..... เป็นระยะเวลา.....วัน

คือ ระหว่างวันที่ถึงวันที่

ดังนั้น จึงใคร่ขอรับทุนสวัสดิการดังนี้

☐ 1. ทุนสวัสดิการ กรณี รักษาพยาบาล (ผู้ป่วยใน)

พร้อมกันนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย ดังนี้

☐ 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ 2. สำเนาใบรับรองแพทย์ หรือใบรับรองแพทย์ ที่ระบุว่ารักษาตัวในโรงพยาบาล

☐ 3. สำเนาน้ำสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบการขอเบิกทุนสวัสดิการ กรณีรักษาพยาบาล (ผู้ป่วยใน) นั้น เป็นไปตามระเบียบฯ ว่าด้วย ทุนสวัสดิการ พ.ศ. 2565 เงื่อนไขในการขอรับทุนสวัสดิการภายใน 1 ปี นับจากวันที่ออกจากสถานพยาบาล จ่าย 500 บาท ต่อครั้งต่อปี หากเลยกำหนดระยะดังกล่าวถือว่าสมาชิกละสิทธิในการขอรับทุนสวัสดิการ กรณีรักษาพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ในครั้งนั้น

(ลงชื่อ)

(.....)

โทรศัพท์.....