

**แบบรับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล ตามระเบียบ สอ.กพร.  
ว่าด้วยการใช้ทุนสวัสดิการเพื่อสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัว พ.ศ.๒๕๖๙**

๑. ด้วยกระผม/ดิฉัน.....สมาชิกหมายเลข.....

ได้เข้ารับการรักษายาบาลเป็นคนไข้ในโรงพยาบาล.....

ตั้งแต่.....ถึง.....รวม.....วัน ป่วยเป็นโรค.....

แพทย์เจ้าของไข้ชื่อ.....ตามหนังสือรับรองของแพทย์ตัวจริง สถานพยาบาล  
สำเนาบัตรประชาชน ที่แนบ ในการนี้กระผม/ดิฉัน ขอรับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล  
ตามระเบียบ สอ.กพร.ต่อไป

.....สมาชิกผู้ขอ

(.....)

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

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

**คำรับรอง**

๒. ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสงเคราะห์กรณีเจ็บป่วย ฯ ของ

.....แล้ว ดังนี้

- มีสิทธิขอรับเงินสงเคราะห์ช่วยค่ารักษาพยาบาล
- เป็นคนไข้ในตั้งแต่ ๒ - ๗ วัน ให้ได้รับเงินสงเคราะห์ ๕๐๐ บาท
- เป็นคนไข้ในตั้งแต่ ๘ วันขึ้นไป ให้ได้รับเงินสงเคราะห์ ๑,๐๐๐ บาท
- ขอรับเงินสงเคราะห์ครั้งที่.....ของปีบัญชี.....

.....เจ้าหน้าที่

(.....)

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

๓. คำอนุมัติ

- อนุมัติ
- รับคำสั่งประธานกรรมการ ฯ

น.อ.

ผู้จัดการ สอ.กพร.

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

หมายเหตุ ๑. ใบรับรองแพทย์ใช้เฉพาะตัวจริงเท่านั้น พร้อมลงวันที่ผู้ป่วยใน ตั้งแต่เมื่อไรถึงเมื่อไร และสำเนาบัตรประชาชน

๒. กรณีสมาชิกไม่สามารถรับเงินด้วยตนเองได้ ให้สำเนาเลขบัญชีธนาคารของตนเองมาด้วย