



สหกรณ์ออมทรัพย์ศูนย์ฝึกอบรมตำรวจภูธรภาค 8 จำกัด

PROVINCIAL POLICE TRAINING CENTER, REGION 8 SAVING AND CREDIT COOPERATIVE, LIMITED

วันที่.....

เรื่อง ขอบึกสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกกรณีเจ็บป่วย / บาดเจ็บ และนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

เรียน ประธานสหกรณ์ออมทรัพย์ศูนย์ฝึกอบรมตำรวจภูธรภาค 8 จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สมาชิกสหกรณ์ฯเลขทะเบียน.....สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ป่วยเป็นโรค/อาการ.....เข้ารับการรักษาดัง
ในโรงพยาบาล.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
รวมเป็นระยะเวลา.....วัน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอบึกเงินตามระเบียบสหกรณ์ว่าด้วยการใช้ทุนสวัสดิการ เพื่อความมั่นคงของสมาชิก พ.ศ.2568 โดยสหกรณ์จ่ายให้กรณีเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ ดังนี้

- ☐ ค่าชดเชย ก. พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีสิทธิรับเงินช่วยเหลือคืนละ 300 บาทครั้งละไม่เกิน 10 คืน ปีบัญชีละไม่เกิน 20 คืน
- ☐ ค่าชดเชย ข. พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเกินกว่า 20 วัน
- ☐ ค่าชดเชย ค. พักรักษาตัวเกินกว่า 6 เดือน
- ☐ ค่าชดเชย ง. พักรักษาตัวเกินกว่า 1

เอกสารประกอบการพิจารณา

- ☐ ใบรับรองแพทย์ ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ สำเนาหน้าบัญชีธนาคารกรุงไทย ☐ แนบภาพถ่ายประกอบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

(.....)

ตรวจสอบแล้วเอกสารครบถ้วน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

(.....)