



สหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด
แบบคำขอรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล

เขียนที่

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการ

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส.สมาชิกเลขทะเบียน.....

เป็น ☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ อื่น ๆ.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล ของ ☐ ข้าพเจ้า หรือ ☐ นาย/นาง/น.ส.....

.....ผู้เป็น ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ คู่สมรส ของข้าพเจ้า ซึ่งป่วยต้องรักษาด้วยวิธี ดังนี้

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> ล้างไต | <input type="radio"/> ถ่ายเลือด | <input type="radio"/> รักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัดหรือฉายรังสี |
| <input type="radio"/> เปลี่ยนถ่ายอวัยวะภายใน | <input type="radio"/> ผ่าตัดใหญ่เพื่อรักษาเกี่ยวกับหัวใจหรือสมองหรือปอด | |
| <input type="radio"/> ผู้ป่วยติดเตียง | <input type="radio"/> ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง | |
| <input type="radio"/> รักษาพยาบาลอื่น ๆ ที่มีอาการเรื้อรังเป็นภาระค่าใช้จ่ายคือ | | |

และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล..... วันที่

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้

1. สำเนาทะเบียนบ้านของข้าพเจ้า
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
3. หนังสือรับรองของแพทย์ผู้ให้การรักษา (ระบุโรค และวิธีการรักษา)
4. สำเนาทะเบียนสมรสกรณีผู้ป่วยเป็นคู่สมรส

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับเงินเป็น

☐ เงินฝากสหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด เลขที่บัญชี

☐ โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา.....

บัญชีเลขที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) สมาชิก

(.....)