



คำขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกเป็นขวัญกำลังใจในวันเจ็บป่วย
สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จำกัด

สมาชิกผู้ขอเบิก

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขทะเบียนสมาชิกที่.....
ตำแหน่ง.....สังกัด.....โทร.....มือถือ.....
ขอเบิกสวัสดิการสมาชิกเป็นขวัญกำลังใจในวันเจ็บป่วย โดยป่วยเป็น.....
ได้รับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในจากโรงพยาบาล.....
เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....ตามหลักฐานที่แนบดังนี้

- (1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวพนักงาน และ
(2) สำเนาหลักฐานการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และ
(3) ใบรับรองแพทย์ หรือสำเนาใบรับรองแพทย์

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก
(.....)
วันที่.....

คำรับรองของสมาชิก/สมาชิกสมทบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ขอรับสวัสดิการ เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในจริง

(ลงชื่อ).....
(.....)

เลขทะเบียนสมาชิกที่.....

คำรับรองของสมาชิก/สมาชิกสมทบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ขอรับสวัสดิการ เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในจริง

(ลงชื่อ).....
(.....)

เลขทะเบียนสมาชิกที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ประจำปีบัญชี..... ยังไม่ได้ใช้สิทธิ
 ใช้สิทธิแล้ว.....ครั้ง ครั้งนี้เป็นการใช้สิทธิครั้งที่.....
ตรวจสอบคุณสมบัติ หลักเกณฑ์ แล้ว
 เป็นไปตามประกาศฯ ไม่เป็นไปตามประกาศฯ
เห็นควร อนุมัติ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

() ได้ตรวจสอบแล้ว และมีสิทธิเบิกเงินสวัสดิการตามประกาศสหกรณ์

() อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ
(.....)

วันที่.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

- อนุมัติเบิกจ่ายได้
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....