



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 ครั้นนี้เป็นการใช้สิทธิครั้งที่.....  
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.....