



แบบคำขอรับเงินทดแทน COVID-19

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) เลขสมาชิก

ตำแหน่ง สังกัด

โทรศัพท์สำนักงาน โทรศัพท์ (มือถือ)

ข้าพเจ้าเป็นโรค เข้ารับการรักษาพยาบาล

ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ ณ โรงพยาบาล

ตั้งอยู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ข้าพเจ้าขอรับเงินทดแทน COVID-19 เป็นเงิน บาท (.....)

โดยโอนเข้าบัญชี

☐ ธนาคารกรุงไทย สาขา เลขที่บัญชี

☐ บัญชีออมทรัพย์ที่มีอยู่กับสหกรณ์ บัญชีเลขที่

พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา ดังนี้

(1) ใบรับรองแพทย์ หรือ สำเนาใบรับรองแพทย์

(2) สำเนาบัตรประชาชน

(3) สำเนาน้ำบัญชีธนาคารกรุงไทย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและหลักฐานข้างต้นถูกต้อง และเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความใดเป็นเท็จ หากได้รับเงินไปแล้วจะส่งคืนสหกรณ์ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสหกรณ์ หากไม่ส่งคืนภายในกำหนดข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์หักเงินปันผลหรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากสหกรณ์ส่งใช้คืนจนครบถ้วน

ลงชื่อ..... ผู้ขอรับเงินทดแทน

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่	สำหรับผู้มีอำนาจอนุมัติ
ตรวจสอบแล้ว เอกสารครบถ้วน	☐ อนุมัติ
	☐ ไม่อนุมัติ
ลงชื่อ เจ้าหน้าที่สหกรณ์	ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจ
วันที่	วันที่

** รับเงินทดแทนเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าติดเชื้อไวรัสโควิด -19 จำนวน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ภายในวันที่ 30 เมษายน 2563 เท่านั้น