



ใบขอรับสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก กรณีติดเชื้อไวรัส COVID 19 (ผู้ป่วยสีเขียว/แดง)
สหกรณ์ออมทรัพย์การยางแห่งประเทศไทย จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์การยางแห่งประเทศไทย จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขที่สมาชิก.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

โทรศัพท์ (มือถือ).....เป็นสมาชิกตั้งแต่วันที่.....

นับถึงวันสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในสถานพยาบาล หรือ Hospital (ภายใต้การดูแลของแพทย์)

เป็นสมาชิกสหกรณ์ตั้งแต่วันที่.....มีอายุการเป็นสมาชิกติดต่อกัน.....ปี.....เดือน

มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก กรณีติดเชื้อไวรัส COVID 19 ตามระเบียบ
สหกรณ์ออมทรัพย์การยางแห่งประเทศไทย จำกัด ว่าด้วยทุนสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของสมาชิก
โดยได้รับการวินิจฉัยว่า **ติดเชื้อไวรัส COVID 19**

ความเห็นของแพทย์

เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในสถานพยาบาล ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....จำนวน.....วัน

ให้เข้ารับการรักษาใน Hospital/ รพ.สนาม (ภายใต้การดูแลของแพทย์)

ชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....จำนวน.....วัน

พร้อมนี้ ได้แนบหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

(1) ใบเสร็จรับเงิน หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน หรือ จำนวน.....ฉบับ

(2) ใบแจ้งหนี้ หรือสำเนาใบแจ้งหนี้ จำนวน.....ฉบับ

(3) ใบรับรองแพทย์ หรือสำเนาใบรับรองแพทย์ จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและหลักฐานข้างต้นถูกต้อง และเป็นความจริงทุกประการ
หากข้อความใดเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ตัดสิทธิมิให้ได้รับสวัสดิการตลอดไป หากได้รับเงินไปแล้วจะ
ส่งคืนสหกรณ์ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสหกรณ์ หากไม่ส่งคืนภายในกำหนดข้าพเจ้ายินยอมให้
สหกรณ์หักเงินปันผลหรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากสหกรณ์ส่งใช้คืนจนครบถ้วน

(โปรดพลิก)

