



### เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน  
หรือสำเนาบัตรข้าราชการ
2. ใบรับรองแพทย์
3. เอกสารอื่น ๆ เช่น ใบเปลี่ยน  
ชื่อ-นามสกุล

แบบขอรับเงินบำรุงขวัญกรณีสมาชิกเจ็บป่วย  
ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สำนักข่าวกรองแห่งชาติ จำกัด  
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความ

1. ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....  
ตำแหน่ง.....สังกัด.....โทรศัพท์.....

ขอรับเงินบำรุงขวัญกรณีเจ็บป่วย

- เจ็บป่วยเป็น คนไข้อย่างน้อย 3 วัน  แพทย์ลงความเห็นว่าให้พักรักษาตัว อย่างน้อย 3 วัน

2. เจ็บป่วยด้วยสาเหตุ

- ป่วยเป็นโรค.....ตั้งแต่วันที่.....  
 ประสบอุบัติเหตุ.....ตั้งแต่วันที่.....  
 อื่น ๆ.....ตั้งแต่วันที่.....

3. สถานที่รักษาพยาบาล

- โรงพยาบาล.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 ที่บ้านพักอาศัย เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

4. เงินบำรุงขวัญที่ได้รับ เป็นเงินจำนวน.....1,000.00.....บาท (.....หนึ่งพันบาทถ้วน.....) โดยขอรับ  เป็นเงินสด

โอน/นำฝากบัญชีของข้าพเจ้า ธนาคาร.....สาขา.....บัญชีเลขที่.....

หรือข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....เป็นผู้รับเงินแทนข้าพเจ้า

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และใบรับรองแพทย์ มาพร้อมด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินบำรุงขวัญฯ  
(.....)  
...../...../.....

### สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์

- ถูกต้องตามระเบียบ  ไม่ถูกต้องตามระเบียบ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ  
(.....)

ผู้จัดการสหกรณ์

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ  
(.....)

ประธานกรรมการ