



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 คนไข้ใน อย่างน้อย 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

(.....)

ผู้จัดการ/รักษาการผู้จัดการ

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

ประธานกรรมการ