



สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

492/1 โรงพยาบาลตำรวจ อาคารศรียานนท์ ชั้น 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร : 0-2251-1070 , 0-2652-5152

แบบคำขอเบิกทุนสวัสดิการเพื่อสวัสดิการรักษายาบาล สอ.รพ.

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการ สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลตำรวจ จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขที่สมาชิก.....ขอเบิกเงินสวัสดิการ

รักษายาบาล สอ.รพ. เนื่องจากได้เข้ารับการรักษายาบาลเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาล.....

ซึ่งป่วยเป็นโรค.....ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....เป็นเวลา.....คืน

พร้อมนี้ได้แนบเอกสาร และรับรองสำเนาถูกต้องมาด้วย ดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรข้าราชการ จำนวน 1 ชุด ☐ สำเนาใบรับรองแพทย์ จำนวน 1 ชุด
☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย จำนวน 1 ชุด

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิกฯ
(.....)

ตำแหน่ง.....

โทร.....

ผลตรวจสอบ

- เห็นควรจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาล ตามระเบียบ สอ.รพ.ว่าด้วย ทุนสวัสดิการเพื่อสวัสดิการรักษายาบาล พ.ศ.2568 ในการเบิกครั้งนี้เป็นครั้งที่ พ.ศ.25..... เป็นเงินบาท (.....)

สถิติขอเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาล สอ.รพ. (3 ครั้งใน 1 ปีปฏิทิน)				
ปี พ.ศ.	จำนวนครั้งที่เคยขอเบิกฯ	ลงวันที่	ขอเบิกครั้งนี้ (ครั้งที่)	รวมเป็น (จำนวนครั้ง)

ลงชื่อ.....
(.....)

เจ้าหน้าที่ธุรการ สอ.รพ.

...../...../.....

คำสั่งจ่ายเงิน

- อนุมัติจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงิน บาท (.....) ตามคำขอนี้
- เจ้าหน้าที่การเงิน ดำเนินการตามระเบียบฯ ต่อไป

ลงชื่อ.....

(นางสาวพวงพิศ จันทร์เอียด)

ผู้จัดการ สอ.รพ.

...../...../.....

แบบขอรับเงินสวัสดิการรักษายาบาล สอ.รพ. วันที่..... เดือน พ.ศ. ข้าพเจ้าได้รับเงินจำนวน บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)

หมายเหตุ ในแต่ละครั้งที่สมาชิกเข้ารับการรักษายาบาลเป็นคนไข้ไม่น้อยกว่า 2 คืน ในอัตราครั้งละ 1,000 บาท และเบิกไม่เกิน 3 ครั้งใน 1 ปี (ปีปฏิทิน) ภายในกำหนด 180 วัน นับตั้งแต่วันที่ออกจากสถานพยาบาล มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2568 เป็นต้นไป