



## คำขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ COVID-19

สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการหรือผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการจังหวัดตาก จำกัด

กรณีรักษาพยาบาล

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เบอร์มือถือ.....ซึ่งแพทย์วินิจฉัยแล้วว่าป่วยเป็นโรค COVID-19 ข้าพเจ้าเข้ารับ

การรักษาตัว ณ โรงพยาบาล.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

กรณีสมาชิกเสียชีวิต

ข้าพเจ้า.....เป็นผู้รับผลประโยชน์ของ

.....ซึ่งเป็นสมาชิกสหกรณ์เลขที่.....

สังกัด.....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....เสียชีวิต

ด้วยโรค Covid-19 เมื่อวันที่.....ซึ่งเข้ารับรักษาตัว ณ โรงพยาบาล

.....

.....เบอร์มือถือข้าพเจ้า.....

ขอรับสวัสดิการ ตามมาตรการช่วยเหลือสมาชิกที่ติดเชื้อหรือเสียชีวิตจาก COVID-19 (ช่วงที่ 2) กรณีดังนี้

รักษาพยาบาล

จำนวนเงิน 15,000 บาท จ่ายสวัสดิการเมื่อแพทย์รักษาหายแล้ว

สมาชิกเสียชีวิต

จำนวนเงิน 30,000 บาท

### เอกสารประกอบ

- ใบรับรองแพทย์
- ใบรับรองการเสียชีวิตระบุสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรค COVID-19
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านสมาชิก
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับเงิน

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ

(.....)

### สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว

เอกสารหลักฐานครบถ้วน

จ่ายสวัสดิการ.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

วันที่.....

### สำหรับผู้มีอำนาจอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ/ผู้จัดการ

วันที่.....