

กลุ่มออมทรัพย์นักพัฒนาภาคใต้ (กลไกด้านสวัสดิการคนทำงาน กป.อพช.ใต้)

ที่ทำการ : อาคารสมาคมรักษ์ทะเลไทย เลขที่ ๕๗/๒๒๐ หมู่บ้านเคหสถานครูไทย หมู่ที่ ๓ ต.พะวง อ.เมือง จ.สงขลา ๙๐๑๐๐

โทรศัพท์ มือถือ ๐๘๖-๔๕๐๔๕๐๘ โทรสาร ๐๗๔-๓๓๓๑๑๔ www.workersaving.org

ใบเบิกค่ารักษาพยาบาล

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ค.ช./ค.ญ. นามสกุล
หมายเลขสมาชิกอยู่บ้านเลขที่ ถนน/หมู่ที่ ตำบล
อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล จำนวนเงิน บาท เพื่อเป็นค่า
รักษาโรคซึ่งได้จ่ายให้กับสถานพยาบาล/ร้านขายยา/คลินิก
ชื่อ ตั้งอยู่อำเภอ จังหวัด
เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. และพร้อมกันนี้ ได้แนบหลักฐานค่าใช้จ่ายมาด้วย
จำนวน แผ่น ไม่ได้แนบ เพราะเป็นการขอเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ไม่เกิน ๒๐๐ บาท ตามระเบียบที่กำหนดไว้

ลงชื่อ ผู้ขอเบิก

()

หมายเหตุ เพื่อประกอบการขอเบิกค่ารักษาพยาบาล กรุณาแนบใบรับเงินของกลุ่มฯ พร้อมทั้งลงลายมือชื่อในช่องผู้รับเงิน มาด้วย

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการกลุ่มฯ ในการประชุม ครั้งที่ /

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ณ

พิจารณาแล้ว อนุมัติเงินทั้งหมด จำนวนเงิน บาท ()

อนุมัติบางส่วน จำนวนเงิน บาท ()

เพราะ

ไม่อนุมัติ เพราะ

ทั้งนี้ได้มีการจ่ายเงินให้แล้ว เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ เற்றுญติก หรือ กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

()