

ใบเบิกค่ารักษาพยาบาล

กลุ่มออมทรัพย์นักพัฒนา ภาคใต้

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. นามสกุล หมายเลข
อยู่บ้านเลขที่ ถนน/หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด
ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล จำนวนเงิน บาท เพื่อเป็นค่า รักษาโรค
ซึ่งได้จ่ายให้กับสถานพยาบาล/ร้านขายยา/คลินิก ชื่อ ตั้งอยู่อำเภอ จังหวัด
เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. โดย ด มีใบเสร็จรับเงินจำนวน แผ่น ผ ไม่มีใบเสร็จรับเงิน
ลงชื่อ ผู้ขอเบิก
()

การพิจารณาของเหรียญก / ประธาน หรือกรรมการทำการแทน

พิจารณาแล้ว เห็นควร อนุมัติเงินทั้งหมด จำนวนเงิน บาท
 อนุมัติบางส่วน จำนวนเงิน บาท เพราะ.....
 ไม่อนุมัติ เพราะ.....
จ่ายเงินให้แล้ว เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
ลงชื่อ เหรียญก / ประธาน หรือกรรมการทำการแทน

ใบเบิกค่ารักษาพยาบาล

กลุ่มออมทรัพย์นักพัฒนา ภาคใต้

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. นามสกุล หมายเลข
อยู่บ้านเลขที่ ถนน/หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด
ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล จำนวนเงิน บาท เพื่อเป็นค่า รักษาโรค
ซึ่งได้จ่ายให้กับสถานพยาบาล/ร้านขายยา/คลินิก ชื่อ ตั้งอยู่อำเภอ จังหวัด
เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. โดย ด มีใบเสร็จรับเงินจำนวน แผ่น ผ ไม่มีใบเสร็จรับเงิน
ลงชื่อ ผู้ขอเบิก
()

การพิจารณาของเหรียญก / ประธาน หรือกรรมการทำการแทน

พิจารณาแล้ว เห็นควร อนุมัติเงินทั้งหมด จำนวนเงิน บาท
 อนุมัติบางส่วน จำนวนเงิน บาท เพราะ.....
 ไม่อนุมัติ เพราะ.....
จ่ายเงินให้แล้ว เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
ลงชื่อ เหรียญก / ประธาน หรือกรรมการทำการแทน