

ใบเบิกค่ารักษาพยาบาล

กลุ่มออมทรัพย์นักพัฒนาภาคใต้

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. นามสกุล

หมายเลขสมาชิก

อยู่บ้านเลขที่ ถนน/หมู่ที่ ตำบล อำเภอ

จังหวัด ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล จำนวนเงิน

เพื่อเป็นค่า รักษาโรค

ซึ่งได้จ่ายให้กับสถานพยาบาล/ร้านขายยา/คลินิก ชื่อ

ตั้งอยู่อำเภอ จังหวัด

เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. โดย มีใบเสร็จรับเงินจำนวน แผ่น ไม่มีใบเสร็จรับเงิน

ลงชื่อ ผู้ขอเบิก

()

การพิจารณาของเหรียญก หรือ กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

พิจารณาแล้ว เห็นควร อนุมัติเงินทั้งหมด จำนวนเงิน บาท

อนุมัติบางส่วน จำนวนเงิน บาท เพราะ

ไม่อนุมัติ เพราะ

จ่ายเงินให้แล้ว เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ เหรียญก หรือ กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

()