



คีนสหกรณ์

ข้าพเจ้า.....

สมาชิกเลขที่.....มีความประสงค์ขอยื่นรับทุน ดังนี้

ยื่นขอรับทุนสวัสดิการ ดังนี้

- ☐ 1. เพื่อการรักษาพยาบาล
- ☐ ผู้ป่วยใน (นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล)
- ☐ ผู้ป่วยนอก (อุบัติเหตุ)
- ☐ 2. สงเคราะห์ศพ ☐ บิดา ☐ มารดา
- ☐ 3. กรณีถึงแก่กรรม ☐ คู่สมรส ☐ บุตร (อายุไม่เกิน 25 ปี)
- ☐ 4. กรณีสมาชิกถึงแก่กรรม
- ☐ 5. เงินช่วยเหลือสมาชิกถึงแก่กรรมเบื้องต้น (3,000.-บาท)
- ☐ 6. กรณีประสบภัยพิบัติ ☐ อุทกภัย ☐ วัตถุภัย ☐ อัคคีภัย ☐ แผ่นดินไหว
- ☐ 7. ทูพพลภาพ ☐ สมาชิก ☐ คู่สมรส ☐ บุตร (อายุไม่เกิน 25 ปี)

ลงชื่อ.....สมาชิก/ผู้ขอรับทุน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

วันที่.....เวลา.....น.



คีนสมาชิก

ยื่นขอรับทุนสวัสดิการ ดังนี้

- ☐ 1. เพื่อการรักษาพยาบาล
- ☐ ผู้ป่วยใน (นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล)
- ☐ ผู้ป่วยนอก (อุบัติเหตุ)
- ☐ 2. สงเคราะห์ศพ ☐ บิดา ☐ มารดา
- ☐ 3. กรณีถึงแก่กรรม ☐ คู่สมรส ☐ บุตร (อายุไม่เกิน 25 ปี)
- ☐ 4. กรณีสมาชิกถึงแก่กรรม
- ☐ 5. เงินช่วยเหลือสมาชิกถึงแก่กรรมเบื้องต้น (3,000.-บาท)
- ☐ 6. กรณีประสบภัยพิบัติ ☐ อุทกภัย ☐ วัตถุภัย ☐ อัคคีภัย ☐ แผ่นดินไหว
- ☐ 7. ทูพพลภาพ ☐ สมาชิก ☐ คู่สมรส ☐ บุตร (อายุไม่เกิน 25 ปี)

ลงชื่อ.....สมาชิก/ผู้ขอรับทุน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

วันที่.....เวลา.....น.



สหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพไทย จำกัด

1873 ถนนพหลโยธิน แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร.0 2256 4081 โทรสาร.0 2250 1318

แบบคำขอรับทุนสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย,นาง,นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....

สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....มีความประสงค์ขอยื่นรับทุนสวัสดิการ ดังนี้

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องสวัสดิการที่ประสงค์จะยื่นขอรับทุนสวัสดิการเพียง 1 สวัสดิการเท่านั้น

☐ 1. สวัสดิการสมาชิกเพื่อการรักษาพยาบาล

☐ ผู้ป่วยใน (นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล) ☐ ผู้ป่วยนอก (อุบัติเหตุและแพทย์ให้หยุดพักรักษาตัวต่อเนื่องตั้งแต่ 28 วันขึ้นไป)

เริ่มตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....(คืน)

☐ 2. สวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ประสบภัยพิบัติ

*ประเภท ☐ อุทกภัย ☐ วาดภัย ☐ อัคคีภัย ☐ แผ่นดินไหว

*สถานะภาพ ☐ เจ้าบ้าน ☐ ผู้อาศัย

☐ 3. ทูพพลภาพ (เฉพาะกรณีอุบัติเหตุเท่านั้น) ☐ สมาชิก ☐ คู่สมรส ☐ บุตร (อายุไม่เกิน 25 ปี บริบูรณ์)

*ประเภท ☐ การสิ้นเชิง ☐ สูญเสียสายตามือเท้าทั้งสองข้าง หรืออย่างละข้างรวม 2 ข้างขึ้นไป

☐ สูญเสียสายตา มือเท้า อย่างใดอย่างหนึ่งเพียงข้างเดียว ☐ สูญเสียนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ของมือข้างใดข้างหนึ่ง

เอกสารประกอบการยื่นขอรับทุนสวัสดิการ (ยื่นขอรับทุนสวัสดิการภายใน 90 วัน) อายุสมาชิก 1 ปี ขึ้นไป

1.สวัสดิการสมาชิกเพื่อการรักษาพยาบาล (ผู้ป่วยในนับตั้งแต่วันที่ออกจากสถานพยาบาล, ผู้ป่วยนอกนับจากวันที่เริ่มบาดเจ็บ)	2.สวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกผู้ประสบภัยพิบัติ (นับแต่วันที่ตามหนังสือรับรอง หรือ ประกาศพื้นที่ประสบภัยพิบัติทางราชการ)	3.ทูพพลภาพ(เฉพาะกรณีอุบัติเหตุเท่านั้น) (สมาชิกคู่สมรส/บุตร อายุไม่เกิน 25 ปีบริบูรณ์ นับจากวันที่ออกใบรับรองแพทย์)
-สำเนาบัตรประชาชน ถ่ายเฉพาะด้านหน้าบัตร -สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ ถ่ายด้านหน้า และ ด้านหลังบัตร -สำเนาใบรับรองแพทย์ หรือใบรายงานการจำหน่าย ผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล(Discharge Summary) -สำเนาใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล(ในกรณีที่มีจาก สถานพยาบาลสังกัดสหภาพไทย)	-สำเนาบัตรประชาชน ถ่ายเฉพาะด้านหน้าบัตร -สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ ถ่ายด้านหน้า และ ด้านหลังบัตร -สำเนาทะเบียนบ้านสมาชิก(จะต้องมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน หลังที่ประสบภัยพิบัติไม่น้อยกว่า 60 วันก่อนประสบภัย) -หนังสือรับรองหรือสำเนาประกาศพื้นที่ประสบภัย พิบัติทางราชการ ส่วนกลาง หรือส่วนท้องถิ่น -ภาพถ่ายที่อยู่อาศัยที่ประสบภัยพิบัติที่ถ่ายเห็นบ้านเลขที่ และภาพความเสียหายไม่น้อยกว่า 6 ภาพ (ภาพสี) -สำเนาการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(สมาชิก) ถ้ามี	-สำเนาบัตรประชาชน ถ่ายเฉพาะด้านหน้าบัตร -สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ ถ่ายด้านหน้า และ ด้านหลังบัตร -ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าเป็นบุคคลทูพพลภาพ -สำเนาทะเบียนบ้าน(สมาชิก/คู่สมรส/บุตร) -สำเนาใบทะเบียนสมรส(กรณีมีคู่สมรส) -สำเนาบัตรประชาชน(กรณีมีคู่สมรส/บุตร) -สำเนาใบสูติบัตรบุตร(กรณีนามสกุลบุตรไม่ตรงกับ สมาชิกที่ขอรับทุนสวัสดิการ) -สำเนาการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(สมาชิก/คู่สมรส/บุตร) ถ้ามี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ตามระเบียบต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)