



**แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์**  
**สมาคมนักประกันสุขภาพสมาชิกรัฐออมทรัพย์ราชการไทย**  
**ศูนย์ประสานงาน..... จำกัด**

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

เรียน นายกสมาคมนักประกันสุขภาพสมาชิกรัฐออมทรัพย์ราชการไทย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... อายุ.....ปี  
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....  
 ถนน.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ.....  
 ขอส่งหลักฐานเพื่อขอรับเงินค่าสงเคราะห์ของ (นาย/นาง/นางสาว).....  
 เลขทะเบียนสมาชิก..... สาเหตุการเสียชีวิต.....  
 เสียชีวิตเมื่อ..... เพื่อทางสมาคมดำเนินการต่อไป

**ข้าพเจ้าได้ยื่นเอกสาร หลักฐาน ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้**

- ( ) สำเนาบัตรประชาชน
- ( ) หนังสือรับรองการตายจากโรงพยาบาล (กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาล)
- ( ) สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ ของผู้เสียชีวิต
- ( ) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต (ประทับตรา “ตาย”)
- ( ) สำเนาทะเบียนสมรส หรือหนังสือสำคัญการหย่า ของผู้เสียชีวิต
- ( ) สำเนาบัตรประชาชน/ทะเบียนบ้าน ของผู้รับเงินสงเคราะห์
- ( ) รายงานการสอบสวนการเสียชีวิต (กรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ)
- ( ) หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ลงชื่อ.....ทนายท / ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์

(.....)