

ศูนย์ประสานงาน สสท. ประจำศูนย์สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด

เลขที่ หมู่ ถนน..... อำเภอ เมือง จังหวัด.....

โทร..... โทรสาร.....

www. E-mail.

ที่ /.....

วันที่

เรื่อง ขอส่งหลักฐานสมาชิกเสียชีวิต เพื่อเบิกเงินสงเคราะห์ และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

เรียน นายกสมาคมฯ ปกกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย

- | | | | |
|--|--------------|---|--------------|
| 1. เอกสารการขอรับเงินสงเคราะห์(สสท.) | จำนวน 1 ฉบับ | 12. สำเนาทะเบียนบ้าน ประทับตราตาย | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. ใบสำคัญจ่ายค่าสงเคราะห์(สสท.) | จำนวน 1 ฉบับ | 13. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. หนังสือยินยอมและมอบอำนาจของ สสท. | จำนวน 1 ฉบับ | 14. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ - สกุล (ถ้ามี) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ | จำนวน 1 ชุด | 15. สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีเป็นสมาชิก | จำนวน 1 ชุด |
| (เพื่อเป็นเอกสารประกอบการขอรับเงินสงเคราะห์) | จำนวน 1 ชุด | สมทบประเภทคู่สมรส) | |
| 5. หนังสือขอส่งหลักฐานสมาชิกเสียชีวิต เพื่อเบิกเงินสงเคราะห์ | จำนวน 1 ฉบับ | 16. ใบเสร็จรับเงินของ สอ.ต้นสังกัด | |
| 6. ใบสมัคร(ผู้สมัคร) | จำนวน 1 ฉบับ | หรือหนังสือรับรองการเป็นสมาชิก | จำนวน 1 ฉบับ |
| 7. ใบรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก (ผู้สมัคร) | จำนวน 1 ฉบับ | 17. ใบมรณะบัตร | จำนวน 1 ฉบับ |
| 8. ใบรับรองแพทย์ (ผู้สมัคร) | จำนวน 1 ฉบับ | 18. หนังสือรับรองการตายจากโรงพยาบาลหรือ | |
| 9. หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์ | จำนวน 1 ฉบับ | นายทะเบียนท้องถิ่นหรือที่ทางราชการออกให้ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 10. สำเนาบัตรข้าราชการ/บัตรประชาชน(ผู้สมัคร) | จำนวน 1 ฉบับ | 19. สำเนาน้ำสมุดบัญชี ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 11. สำเนาทะเบียนบ้าน(ผู้สมัคร) | จำนวน 1 ฉบับ | 20. หลักฐานการจ่ายเงิน 1.5% | จำนวน 1 ฉบับ |

ด้วยศูนย์ประสานงาน สสท. ศูนย์สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด ได้แจ้งการเสียชีวิตของ นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิก สสท. เลขทะเบียน..... เสียชีวิตด้วยสาเหตุ..... เมื่อวันที่ เวลา น. นั้น

บัดนี้ ศูนย์ประสานงาน ฯ ได้รับและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอรับเงินดังกล่าวครบถ้วนถูกต้องแล้ว จึงขอส่งเอกสารเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ จำนวน บาท โดยให้ สสท. โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา..... ชื่อบัญชี..... "ประเภทออมทรัพย์" เลขที่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน สสท.

ศูนย์

โทร. โทรสาร.....



ใบสำคัญการจ่ายเงินสงเคราะห์
สมาคมพยาบาล Hospice Care ประเทศไทย (สสท.)

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของ.....สมาชิกทะเบียนเลขที่.....
ซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ตามใบมรณบัตรเลขที่.....
ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับเงินสงเคราะห์ของ.....และได้ยื่นหลักฐานพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว คือ
รายการคำนวณเงินสงเคราะห์

- สมาชิกที่มีอยู่ในวันถึงแก่ความตาย จำนวนคน
- อัตราเงินสงเคราะห์บาท
- คิดเป็นเงินสงเคราะห์บาท
- ทางสมาคมหักไว้เป็นค่าใช้จ่ายร้อยละ 4 เป็นเงินบาท
เหลือเงินสงเคราะห์ที่จะได้รับบาท
- จ่ายคืนเงินเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือบาท
รวมเงินที่จะได้รับทั้งสิ้นบาท

(.....)

(.....)

ผู้รับเงิน

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่.....

ผู้รับเงิน

(.....)

ประธานศูนย์/กรรมการศูนย์/ผู้จัดการศูนย์
พยาน

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน
ผู้รับเงิน

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน
ผู้รับเงิน

(.....)

...เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ประสานงาน...
พยาน

หมายเหตุ : ทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์จะต้องลงลายมือชื่อให้ครบทุกคน



สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าการเป็นสมาชิกผู้ถึงแก่ความตายเป็นผู้มีสมาชิกภาพ สสรท. และได้แนบหลักฐานประกอบหนังสือขอรับเงินสงเคราะห์ถูกต้อง ครบถ้วน

ขณะสมาชิกเสียชีวิตสมาคมมีสมาชิกทั้งสิ้น.....คน อัตราเงินสงเคราะห์ที่กำหนดศพละ..... บาท เงินสงเคราะห์เป็นเงิน.....บาท (.....) สมาคมหักเงินไว้เป็นค่าใช้จ่ายร้อยละ..... เป็นเงิน.....บาท คงเหลือรับเงินสงเคราะห์ทั้งสิ้นเป็นเงิน.....บาท (.....)

เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

- เสนอ เห็นควรอนุมัติ
 ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

สำหรับคณะกรรมการ

- คำสั่ง อนุมัติวันที่.....
ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่/.....เมื่อวันที่.....
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

(ดร.มะณู บุญศรีมณีชัย)

นายกสมาคมแพทย์ชาตประสาทยุติกรรม
สมาชิกรวมการออมทรัพย์สาธารณสุขไทย



หนังสือขอรับเงินสงเคราะห์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของ.....สมาชิกทะเบียนเลขที่.....
ซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ตามใบมรณบัตรเลขที่.....
ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับเงินสงเคราะห์ของ.....และได้ยื่นหลักฐานพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว คือ

- บัตรประจำตัวสมาชิกผู้ถึงแก่ความตาย
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถึงแก่ความตาย
- ใบมรณบัตรสมาชิกผู้ถึงแก่ความตาย
- สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ขอรับเงิน
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงิน

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่.....

ผู้ขอรับเงิน

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่.....

ผู้ขอรับเงิน

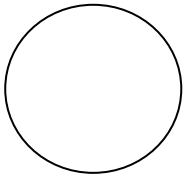
(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่.....

ผู้ขอรับเงิน

หมายเหตุ : ทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์จะต้องลงลายมือชื่อให้ครบทุกคน

(ตัวอย่าง)



ศูนย์ประสานงาน สสชท. ประจำศูนย์สหกรณ์ออมทรัพย์.....กรมอนามัย.....จำกัด

เลขที่1... หมู่..... ถนน...ติวานนท์.... อำเภอ ...เมืองนนทบุรี..... จังหวัด.....นนทบุรี.....

โทร.....02-496-1234..... โทรสาร.....02-496-1342.....

www.cpct.or.th..... E-mail. ...cpct.fsct@hotmail.co.th.....

ที่ ...1... /...2558.....

วันที่8...เมษายน....2558.....

เรื่อง ขอส่งหลักฐานสมาชิกเสียชีวิต เพื่อเบิกเงินสงเคราะห์ และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

เรียน นายคสมภพ ปณิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย

- | | | | |
|--|--------------|--|--------------|
| 1. เอกสารการขอรับเงินสงเคราะห์(สสท.) | จำนวน 1 ฉบับ | 12. สำเนาทะเบียนบ้าน ประทับตราตาย | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. ใบสำคัญจ่ายค่าสงเคราะห์ศพ(สสท.) | จำนวน 1 ฉบับ | 13. สำเนาทะเบียนสมรส | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. หนังสือยินยอมและมอบอำนาจของ สสท. | จำนวน 1 ฉบับ | 14. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ - สกุล | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ | จำนวน 1 ชุด | 15. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านทายาท | จำนวน 1 ชุด |
| (เพื่อเป็นเอกสารประกอบการขอรับเงินสงเคราะห์) | จำนวน 1 ชุด | หรือผู้รับเงินสงเคราะห์ | จำนวน 1 ชุด |
| 5. หนังสือขอส่งหลักฐานสมาชิกเสียชีวิต เพื่อเบิกเงินสงเคราะห์ | จำนวน 1 ฉบับ | 16. ใบเสร็จรับเงินของ สอ.ต้นสังกัด | จำนวน 1 ฉบับ |
| 6. ใบสมัคร(ผู้สมัคร) | จำนวน 1 ฉบับ | หรือหนังสือรับรองการเป็นสมาชิก | จำนวน 1 ฉบับ |
| 7. ใบรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก | จำนวน 1 ฉบับ | 17. ใบมรณะบัตร | จำนวน 1 ฉบับ |
| 8. ใบรับรองแพทย์ | จำนวน 1 ฉบับ | 18. หนังสือรับรองการตายจากโรงพยาบาลหรือนายทะเบียนท้องที่ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 9. หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์ | จำนวน 1 ฉบับ | หรือที่ทางราชการออกให้ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 10. สำเนาบัตรข้าราชการ/บัตรประชาชน(ผู้สมัคร) | จำนวน 1 ฉบับ | 19. สำเนาน้ำสมุดบัญชี ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 11. สำเนาทะเบียนบ้าน(ผู้สมัคร) | จำนวน 1 ฉบับ | 20. หลักฐานการจ่ายเงิน1.5% | จำนวน 1 ฉบับ |

ด้วยศูนย์ประสานงาน สสชท. ศูนย์สหกรณ์ออมทรัพย์...กรมอนามัย.....จำกัด ได้แจ้งการเสียชีวิตของ นาย/นาง/นางสาว.....ณเดช.....รักสงบ..... สมาชิก สสท. เลขทะเบียน.....000001..... เสียชีวิตด้วยสาเหตุ.....โรคประจำตัว..... เมื่อวันที่1...เมษายน....2558..... เวลา ...06.00..... น. นั้น

บัดนี้ ศูนย์ประสานงาน ฯ ได้รับและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอรับเงินดังกล่าวครบถ้วนถูกต้องแล้ว จึงขอส่งเอกสารเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ จำนวน ...1,033,526.- บาท โดยให้ สสท. โอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา...กระทรวงสาธารณสุข... ชื่อบัญชี..สมาคมฯปณิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย..... “ประเภทออมทรัพย์” เลขที่405-478362-0.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(...นายมนตรี...มั่นคง.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน สสชท.

ศูนย์สหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

สหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

โทร.02-496-1234..... โทรสาร.....02-496-1342.....

(ตัวอย่าง)



หนังสือขอรับเงินสงเคราะห์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

.....

เขียนที่.....สสท.....

วันที่.....10.....เดือน.....กรกฎาคม.....พ.ศ.....2562.....

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....วันดี.....ใจงาม.....อายุ.....30.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

อยู่บ้านเลขที่.....99.....หมู่ที่.....2.....ซอย.....ไมตรี.....ถนน.....นครินทร์.....

ตำบล(แขวง).....บางสีทอง.....อำเภอ(เขต).....บางกรวย.....จังหวัด.....นนทบุรี.....

รหัสไปรษณีย์.....11130.....โทรศัพท์บ้าน.....02 - 496 - 1340.....โทรศัพท์มือถือ.....081 - 917 - 1867.....

เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของ.....นายรักดี.....ใจงาม.....สมาชิกทะเบียนเลขที่.....000001.....

ซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อวันที่...30...เดือน...มิถุนายน.....พ.ศ.... 2562... ตามใบมรณบัตรเลขที่.....01-12345678.....

ลงวันที่...30.....เดือน.....มิถุนายน.....พ.ศ. 2562....

ข้าพเจ้าขอรับเงินสงเคราะห์ของ.....นายรักดี.....ใจงาม.....และได้ยื่นหลักฐานพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว คือ

- บัตรประจำตัวสมาชิกผู้ถึงแก่ความตาย
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถึงแก่ความตาย
- ใบมรณบัตรสมาชิกผู้ถึงแก่ความตาย
- สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ขอรับเงิน
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงิน

ขอแสดงความนับถือ

.....วันดี.....ใจงาม.....

(.....นางสาววันดี.....ใจงาม...)

.....วันดี.....ใจงาม.....

...(ทายาทตาม ข้อ.2.2).....

.....(ทายาทตาม ข้อ 2.3).....

(.....นางสาววันดี.....ใจงาม...)

(.....)

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน

บัตรประจำตัวประชาชน

บัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่...3234567890100...

เลขที่.....

เลขที่.....

ผู้ขอรับเงิน

ผู้ขอรับเงิน

ผู้ขอรับเงิน

หมายเหตุ : ทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์จะต้องลงลายมือชื่อให้ครบทุกคน

(ตัวอย่าง)



สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าการเป็นสมาชิกผู้ถึงแก่ความตายเป็นผู้มีสมาชิกภาพ สสท. และได้แนบหลักฐานประกอบหนังสือขอรับเงินสงเคราะห์ถูกต้อง ครบถ้วน

ขณะสมาชิกเสียชีวิตสมาคมมีสมาชิกทั้งสิ้น.....199,010.....คน อัตราเงินสงเคราะห์ที่กำหนดศพ
ละ5.25..... บาท เงินสงเคราะห์เป็นเงิน..... 1,044,802.50.-.....บาท (หนึ่งล้านสี่หมื่นสี่พันแปดร้อย
สองบาทห้าสิบบสตางค์) สมาคมหักเงินไว้เป็นค่าใช้จ่ายร้อยละ.....4..... เป็นเงิน..... 41,792.10.....บาท
คงเหลือรับเงินสงเคราะห์ทั้งสิ้นเป็นเงิน..... 1,003,010.40.....บาท (หนึ่งล้านสามพันสิบบาทสี่สิบบสตางค์)

เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....นางสาวฟ้าใส.....สวยงาม.....

ตำแหน่ง.....เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ประสานงาน สสท.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

เสนอ เห็นควรอนุมัติ

ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....มนตรี.....มั่นคง.....

(.....นายมนตรี.....มั่นคง.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

สำหรับคณะกรรมการ

คำสั่ง อนุมัติวันที่.....

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่/.....เมื่อวันที่.....

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

(ดร.มะณู บุญศรีมณีชัย)

นายกสมาคมอาสาปณิกสงเคราะห์

สมาชิกรักษาสหกรณ์ออมทรัพย์สาธาณสุขไทย

(ตัวอย่าง)



ใบสำคัญการจ่ายเงินสงเคราะห์
สมาคมพยาบาลงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

วันที่.....10.....เดือน.....กรกฎาคม.....พ.ศ.....2562.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....วันดี.....ใจงาม.....อายุ.....30.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน
อยู่บ้านเลขที่.....99.....หมู่ที่.....2.....ซอย.....ไมตรี.....ถนน.....นครินทร์.....
ตำบล(แขวง).....บางสีทอง.....อำเภอ(เขต).....บางกรวย.....จังหวัด.....นนทบุรี.....
รหัสไปรษณีย์.....11130.....โทรศัพท์บ้าน.....02 - 496 - 1340.....โทรศัพท์มือถือ.....081 - 917 - 1867.....
เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของ.....นายรักดี.....ใจงาม.....สมาชิกทะเบียนเลขที่.....000001.....
ซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อวันที่...30...เดือน...มิถุนายน...พ.ศ... 2562... ตามใบมรณบัตรเลขที่.....01-12345678.....
ลงวันที่...5.....เดือน.....กรกฎาคม.....พ.ศ. 2562....

ข้าพเจ้าขอรับเงินสงเคราะห์ของ.....นายรักดี.....ใจงาม.....และได้ยื่นหลักฐานพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว คือ
รายการคำนวณเงินสงเคราะห์

- สมาชิกที่มีอยู่ในวันถึงแก่ความตาย จำนวน199,010..... คน
- อัตราเงินสงเคราะห์5.25..... บาท
- คิดเป็นเงินสงเคราะห์ 1,044,802.50... บาท
- ทางสมาคมหักไว้เป็นค่าใช้จ่ายร้อยละ 4 เป็นเงิน
เหลือเงินสงเคราะห์ที่จะได้รับ 1,003,010.40....บาท
- จ่ายคืนเงินเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ1,500.....บาท
- รวมเงินที่จะได้รับทั้งสิ้น 1,004,510.04.. บาท

(หนึ่งล้านสี่พันห้าร้อยสิบบาทสี่สตางค์)

...ญาติ...รักสงบ...(ทายาทตาม ข้อ 2.1)(ทายาทตาม ข้อ 2.2)....

นายมนตรี มั่นคง

(...นางญาติ...รักสงบ...)

(.....)

(.....)

ผู้รับเงิน

บัตรประจำตัวประชาชน

ประธานศูนย์/กรรมการศูนย์/ผู้จัดการศูนย์

เลขที่.....

พยาน

ผู้รับเงิน

.....(ทายาทตาม ข้อ 2.3).....

.....(ทายาทตาม ข้อ 2.4).....

นางสาวฟ้าใส สวยงาม

(.....)

(.....)

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน

บัตรประจำตัวประชาชน

...เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ประสานงาน....

พยาน

หมายเหตุ : ทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์จะต้องลงลายมือชื่อให้ครบทุกคน

(ตัวอย่าง)



หลักฐานการจ่ายเงิน

สมาคมวิชาชีพสงเคราะห์สมาชิกรวมวิชาชีพสาธารณสุขไทย

199 หมู่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

โทรศัพท์ 02-4961340 โทรสาร 02-496 1342

วันที่.....เดือน.....พศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ฟ้าใส...สวยงาม.....เจ้าหน้าที่สมาคม

ประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์.....กรมอนามัย..... จำกัด

ได้รับเงินจากสมาคมวิชาชีพสงเคราะห์สมาชิกรวมวิชาชีพสาธารณสุขไทย

ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
1	ค่าสมัครสมาชิก (10 คุณจำนวนสมาชิก)		
2	ค่าบำรุงรายปี (10 คุณจำนวนสมาชิก)		
3	ค่าบริหารจัดการ ร้อยละ 1.5 ของเงินสงเคราะห์ที่สมาชิกเสียชีวิต		
	ของศูนย์ประสานงาน ชื่อ...รักดี ..ใจงาม.....	17,266	26
4	ค่าตอบแทนเหมาจ่ายอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการกำหนด		
	รวมเงิน	17,266	26
	(...หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสองร้อยหกสิบหกบาทยี่สิบหกสตางค์.....)		

ชื่อ เจริญภูมิสมาคม/ผู้จ่ายเงิน
(จ.ต. ไพโชค คงสุทธิ)

ลงชื่อฟ้าใส...สวยงาม..... ผู้รับเงิน
(.....นางสาวฟ้าใส...สวยงาม.....)



หลักฐานการจ่ายเงิน

สมาคมประกันภัยสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

199 หมู่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

โทรศัพท์ 02-4961340 โทรสาร 02-496 1342

วันที่.....เดือน.....พศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ฟ้าใส...สวยงาม.....เจ้าหน้าที่สมาคม

ประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์.....กรมอนามัย..... จำกัด

ได้รับเงินจากสมาคมประกันภัยสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
1	ค่าสมัครสมาชิก (10 คุณจำนวนสมาชิก)		
2	ค่าบำรุงรายปี (10 คุณจำนวนสมาชิก)		
3	ค่าบริหารจัดการ ร้อยละ 1.5 ของเงินสงเคราะห์ที่สมาชิกเสียชีวิต ของศูนย์ประสานงาน ชื่อ.....		
4	ค่าตอบแทนเหมาจ่ายอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการกำหนด		
	รวมเงิน		
	(.....)		

ชื่อ เற்றுณิกสมาคม/ผู้จ่ายเงิน
(จ.ต. ไพโชค คงสุทธิ)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....)