



คำขอรับทุนสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของสมาชิก

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์การยางแห่งประเทศไทย จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขที่สมาชิก.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

โทรศัพท์ (มือถือ).....เป็นสมาชิกสหกรณ์ ตั้งแต่วันที่.....

นับถึงวันสุดท้ายที่เป็นผู้ป่วยใน มีอายุการเป็นสมาชิกติดต่อกัน.....ปี.....เดือน

ข้าพเจ้าป่วยเป็นโรค.....เข้ารับการ

รักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

นอนพักรักษาตัว ณ โรงพยาบาล.....ตั้งอยู่เลขที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นระยะเวลาคืน

ข้าพเจ้าขอรับทุนสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของสมาชิก ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์การยางแห่งประเทศไทย จำกัด ว่าด้วยทุนสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของสมาชิก พ.ศ. 2568 เป็นเงิน.....บาท (.....) พร้อมนี้ ได้แนบหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

(1) ใบเสร็จรับเงินหรือสำเนาใบเสร็จรับเงินหรือใบแจ้งหนี้หรือสำเนาใบแจ้งหนี้ จำนวน ฉบับ หรือใบรับรองแพทย์ หรือสำเนาใบรับรองแพทย์ หรือ

(2) หลักฐานอื่นที่สถานพยาบาลให้ความเห็นว่าผู้ขอรับทุนสวัสดิการได้เข้ารับ จำนวน ฉบับ การรักษาเป็นผู้ป่วยใน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและหลักฐานข้างต้นถูกต้อง และเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความใดเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ตัดสิทธิมิให้ได้รับทุนสวัสดิการตลอดไป หากได้รับเงินไปแล้วจะส่งคืนสหกรณ์ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่รับแจ้งจากสหกรณ์ หากไม่ส่งคืนภายในกำหนดข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์หักเงินปันผลหรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากสหกรณ์ส่งใช้คืนจนครบถ้วน

เมื่อได้รับทุนฯ แล้ว ข้าพเจ้าขอให้สหกรณ์ฯ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของข้าพเจ้าที่มีอยู่กับสหกรณ์ ได้แก่ ☐ เงินฝากออมทรัพย์ บัญชีเลขที่.....

☐ เงินฝากออมทรัพย์-เพื่อทำธุรกรรมผ่านอิเล็กทรอนิกส์ บัญชีเลขที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุนสวัสดิการ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ประสานงาน
(.....)

หมายเหตุ : กรณีสมาชิกเกษียณอายุ/สมาชิกนอกหน่วย ไม่ต้องให้ผู้ประสานงานลงชื่อรับรอง

เจ้าหน้าที่สหกรณ์ ได้ตรวจสอบคำขอรับทุนสวัสดิการ และเอกสารประกอบเรียบร้อยแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามระเบียบฯ ว่าด้วยทุนสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของสมาชิก พ.ศ. 2568 จึงขออนุมัติ เบิกจ่ายทุนสวัสดิการ เป็นเงิน.....บาท (.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์	
ตรวจสอบแล้ว ☐ ขอรับทุนสวัสดิการไม่เกินกำหนดระยะเวลา สิทธิการเบิกที่ใช้ไป.....คืน คงเหลือสิทธิที่เบิกได้.....คืน ☐ เอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้อง ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สหกรณ์/...../.....	จึงขออนุมัติจ่ายเงินทุนสวัสดิการ เป็นเงิน บาท ตัวอักษร โดยการโอนเงิน ☐ เข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสมาชิกที่มีอยู่กับสหกรณ์ เลขบัญชี..... ผู้จ่ายเงิน/...../.....
สำหรับผู้มีอำนาจอนุมัติ	
☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ผู้มีอำนาจ/...../.....	

หลักเกณฑ์การจ่ายทุนสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของสมาชิก

- สหกรณ์ฯ จะจ่ายทุนสวัสดิการแก่สมาชิกซึ่งเป็นผู้ป่วยใน ตามระยะเวลาการเป็นสมาชิก และตามจำนวนคืนที่นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ดังนี้
 - ระยะเวลาการเป็นสมาชิกติดต่อกัน 1-10 ปี จ่ายให้คืนละ 400 บาท
 - ระยะเวลาการเป็นสมาชิกติดต่อกันเกิน 10 ปี แต่ไม่เกิน 20 ปี จ่ายให้คืนละ 500 บาท
 - ระยะเวลาการเป็นสมาชิกติดต่อกันเกิน 20 ปีขึ้นไป จ่ายให้คืนละ 600 บาท
- การนับระยะเวลาการเป็นสมาชิกให้นับ 365 วัน เป็นหนึ่งปี โดยให้นับถึงวันสุดท้ายที่เป็นผู้ป่วยใน
- ในรอบปีบัญชีหนึ่ง ๆ ของสหกรณ์ ไม่ว่าสมาชิกจะเป็นผู้ป่วยในกี่ครั้ง มีสิทธิเบิกทุกสวัสดิการได้ไม่เกิน 10 วัน
- สมาชิกผู้มีสิทธิได้รับทุนสวัสดิการ ต้องยื่นคำขอทุนสวัสดิการต่อสหกรณ์ตามแบบที่สหกรณ์กำหนด ภายใน 1 ปี นับแต่วันสุดท้ายที่เป็นผู้ป่วยใน
- สหกรณ์ฯ จะโอนเงินทุนสวัสดิการ เข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์สหกรณ์ของสมาชิก



หนังสือแสดงความยินยอม (Consent Form)
ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวอายุ ปี

☒ “ให้” ความยินยอม

☐ “ไม่ให้” ความยินยอม

แก่สหกรณ์ออมทรัพย์การยางแห่งประเทศไทย จำกัด (“สหกรณ์”) ในการ เก็บรวบรวม / ใช้ / เผยแพร่ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ได้แก่

☒ ชื่อ-สกุล

☒ สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ

☒ ใบเสร็จรับเงิน หรือสำเนาใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล

☒ ใบแจ้งหนี้ หรือสำเนาใบแจ้งหนี้

☒ ใบรับรองแพทย์ หรือสำเนาใบรับรองแพทย์

☐ อื่นๆ

วัตถุประสงค์ในการขอความยินยอม เพื่อ

☒ ขอรับทุนสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

☐ อื่นๆ

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดเกี่ยวกับหนังสือนี้ และได้รับคำอธิบายจากสหกรณ์ฯ ถึง วัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผย (“ประมวลผล”) ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และสหกรณ์ได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบแล้วว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้ เว้นแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับสหกรณ์ฯ ที่ให้ประโยชน์แก่ข้าพเจ้าอยู่

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะขอถอนความยินยอม ข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมจะมีผลทำให้ (ระบุผลกระทบจากการถอนความยินยอม เช่น ข้าพเจ้าอาจได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง หรือไม่สามารถเข้าถึงฟังก์ชันการใช้งานบางอย่างได้ เป็นต้น) และข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อ การประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)