



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขตาก จำกัด

9/67 ถ.มหาตมาบดินทร์ ต.หนองหลวง อ.เมือง จ.ตาก 63000 โทร.0-5551-4143

คำร้องขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์
การมรณกรรมของ **คู่สมรส** สมาชิก(ทุกระดับ)



ชื่อ-สกุล สมาชิก.....สมาชิกเลขที่.....หน่วยงาน.....

1. ชื่อ-สกุล ผู้เสียชีวิต.....อายุ..... ปี
2. วันที่เสียชีวิต.....เวลา.....
3. สถานที่เสียชีวิต.....
4. สาเหตุของการเสียชีวิต.....
5. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิตอย่างไร.....
6. เอกสารประกอบการเรียกร้องสิทธิการมรณกรรม
 - สำเนาใบมรณะบัตร
 - สำเนาบัตรประจำตัว ประชาชนหรือราชการ ผู้เสียชีวิต
 - สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้เสียชีวิต ระบุว่า “ตาย”
 - สำเนาบัตรประจำตัว ประชาชนหรือราชการ ผู้รับผลประโยชน์
 - สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้รับผลประโยชน์
 - สำเนาทะเบียนสมรส
 - สำเนาสมุดธนาคารกรุงไทย ด้านที่มีเลขที่บัญชี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่กล่าวข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับผลประโยชน์
(.....)

ข้าพเจ้ารับรองว่าผู้เสียชีวิตเป็นคู่สมรสของสมาชิกชื่อ.....
สมาชิกเลขที่.....ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของข้าพเจ้าจริง.

ลงชื่อ.....
(.....)

นพ.สสจ. / ผอ.รพท. / ผอ.รพช. / สสอ.
หรือ กรรมการประจำหน่วยงาน

หมายเหตุ				
	1. เป็นสมาชิก	1 - 5 ปี	ได้รับเงินช่วยเหลือ	15,000 บาท
	2. เป็นสมาชิก	6 - 10 ปี	ได้รับเงินช่วยเหลือ	22,500 บาท
	3. เป็นสมาชิก	11 - 15 ปี	ได้รับเงินช่วยเหลือ	30,000 บาท
	4. เป็นสมาชิก	16 ปี ขึ้นไป	ได้รับเงินช่วยเหลือ	37,500 บาท