



แบบขอรับเงินช่วยเหลือเยี่ยมไข้สมาชิก สร.อส.

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอรับเงินช่วยเหลือเยี่ยมไข้สมาชิก สร.อส.

เรียน ประธานสหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจธนาคารออมสิน

ข้าพเจ้า..... เลขที่สมาชิก.....
รหัสพนักงาน/ลูกจ้าง..... ตำแหน่ง..... สังกัด.....
ส่วน/เขต..... ภาค/ฝ่าย.....
สายงาน..... กลุ่มงาน.....
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินช่วยเหลือเยี่ยมไข้สมาชิก สร.อส. ตามระเบียบสหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจธนาคารออมสิน ว่าด้วยสวัสดิการการช่วยเหลือเยี่ยมไข้สมาชิก สร.อส. พ.ศ. 2569 ดังนี้

1. ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาล.....
ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... รวมระยะเวลา.....วัน
เนื่องจากเจ็บป่วยจากโรค.....
2. ขอส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินช่วยเหลือเยี่ยมไข้สมาชิก สร.อส. ประกอบด้วย
 สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาบัตรพนักงานของสมาชิก
 สำเนาใบรับรองแพทย์ หรือเอกสารแสดงการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล
 สำเนาน้ำสมุดบัญชีเงินเดือนของสมาชิก
 อื่น ๆ (ถ้ามี) ระบุ.....
3. ข้าพเจ้าขอยอมรับและปฏิบัติตามระเบียบสหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจธนาคารออมสิน ว่าด้วยสวัสดิการการช่วยเหลือเยี่ยมไข้สมาชิก สร.อส. พ.ศ. 2569 ทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)

หมายเหตุ

1. ต้องเป็นสมาชิก ที่คณะกรรมการ สร.อส. ลงมติรับเป็นสมาชิกแล้ว และ
2. ต้องเป็นสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 เดือนนับตั้งแต่วันที่รับเงินค่าสมัคร และ
3. สมาชิกเกิดเจ็บป่วยและได้รับการรักษาในสถานพยาบาลของทางราชการหรือเอกชน ประเภทผู้ป่วยในเท่านั้น
4. สามารถส่งเอกสารได้ที่ E-mail : Gsbunion.gsb@gmail.com