

*****ใบเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล-โรคร้ายแรง*****

สหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงาน ธนาคาร จำกัด



*วันที่ขอเบิก _____

ชื่อสมาชิกผู้ขอเบิก(นาย/นาง/นางสาว) _____ สมาชิกเลขที่ _____

สังกัดบริษัท _____

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน _____ เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____

รายการเบิก	จำนวนเงิน	เอกสารประกอบการเบิก
<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง ที่ _____ <input type="checkbox"/> โรคที่ต้องทำการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดสมอง _____ <input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> ล้างไต <input type="checkbox"/> ฟอกไต <input type="checkbox"/> ผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายอวัยวะไต <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ ที่ต้องรักษาด้วยวิธีทำผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับระบบ การทำงานของหัวใจ _____ _____		ชื่อสถานพยาบาล _____ _____ ใบเสร็จรับเงินเลขที่ _____ _____ ใบรับรองแพทย์เลขที่ _____ _____
รวม		ตัวอักษร

สหกรณ์จะโอนค่ารักษาพยาบาลเข้าบัญชีธนาคารทหารไทยธนชาติ จำกัด (มหาชน)
ตามที่ท่านได้แจ้งไว้เพื่อทำธุรกรรมทางการเงินกับสหกรณ์เท่านั้น

ลายมือสมาชิกผู้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล

()

***** หลักเกณฑ์ในการเบิกค่ารักษาพยาบาลโรคร้ายแรง *** (สมาชิกโปรดอ่านก่อนส่งเบิกค่ารักษา)**

1. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ อายุใบเสร็จไม่เกิน 2 เดือน นับจากวันที่ในใบเสร็จจนถึงวันที่ขอเบิก
2. ใบเสร็จรับเงินออกโดยสถานพยาบาลแผนปัจจุบัน พร้อมทั้งมีชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของสถานพยาบาลชัดเจน
3. ใบเสร็จจะต้องมีลายมือชื่อผู้รับเงิน
4. ใบรับรองแพทย์ ต้องระบุโรคที่เข้ารับการรักษา เป็นภาษาไทยเท่านั้น
5. กรณีที่ผู้ขอเบิกไม่ระบุวันที่ในใบเบิก สหกรณ์จะถือว่าวันที่ได้รับเอกสารเป็นวันที่ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล
6. หากภายหลังตรวจพบว่าการเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามประกาศเรื่องเบิกใช้กองทุนเพื่อสุขภาพโรคร้ายแรง ที่สหกรณ์ถือใช้อยู่ในปัจจุบัน สหกรณ์มีสิทธิ์เรียกเงินคืนจากสมาชิกได้ทุกกรณี

สำหรับสหกรณ์เท่านั้น

ผู้ตรวจสอบวงเงิน	ผู้มีอำนาจลงนาม
เบิกครั้งนี้ได้จำนวน _____ บาท ลงชื่อ _____ วันที่ _____	ลงชื่อ _____ วันที่ _____

จัดส่งเอกสารได้ที่ ส่วนงานสมาชิกและเงินฝาก สหกรณ์ธนชาติ อาคารเพชรบุรี ชั้น G 1101 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงมักกะสัน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
โทร. 0 2253 5900 ต่อ 1201 - 1204