



ใบเบิกค่ารักษาพยาบาล - โรคทั่วไป
สหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงาน ธนชาติ จำกัด

วันที่ขอเบิก.....

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกเลขที่.....
สังกัด.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....มือถือ.....

รายการเบิก	จำนวนเงิน	เอกสารประกอบการเบิก
[] ค่ารักษาพยาบาลของสมาชิก		ชื่อสถานพยาบาล..... ใบเสร็จเลขที่.....
[] ค่ารักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์เป็น.....ของข้าพเจ้า		ชื่อสถานพยาบาล..... ใบเสร็จเลขที่.....

จำนวนเงินรวม.....บาท (ตัวอักษร).....

ช่องทางการโอนเงินให้กับสมาชิก - สหกรณ์จะโอนค่ารักษาพยาบาลเข้าบัญชีธนาคารทหารไทยธนชาติ จำกัด (มหาชน)
ตามที่สมาชิกได้แจ้งไว้เพื่อทำธุรกรรมทางการเงินกับสหกรณ์เท่านั้น

ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้นำข้อมูลส่วนบุคคล หรือเอกสารใดๆ เช่น ใบเสร็จรับเงิน ของบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า เพื่อเบิกค่า
รักษาพยาบาลกับสหกรณ์ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมจากบุคคลดังกล่าวในการให้สหกรณ์เก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือ
เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าว รวมทั้งข้าพเจ้าได้แจ้งให้บุคคลดังกล่าวทราบถึงนโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของ
สหกรณ์ที่เผยแพร่บนเว็บไซต์สหกรณ์ (www.thanachartcoop.or.th) แล้ว

ลายมือชื่อของสมาชิกผู้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล

()

หลักเกณฑ์ในการเบิกค่ารักษาพยาบาลโรคทั่วไป (ข้อความสำคัญ! โปรดอ่านก่อนส่งใบเบิกค่ารักษาพยาบาล)

1. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ อายุใบเสร็จไม่เกิน 2 เดือน นับจากวันที่ในใบเสร็จจนถึงวันที่ขอเบิก
2. ใบเสร็จรับเงินออกโดยสถานพยาบาลแผนปัจจุบัน พร้อมทั้งมีชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของสถานพยาบาลชัดเจน
3. ใบเสร็จรับเงินจะต้องมีลายมือชื่อผู้รับเงิน
4. กรณีที่ผู้ขอเบิกไม่ระบุวันที่ในใบเบิก สหกรณ์จะถือว่าวันที่ได้รับเอกสารเป็นวันที่ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล
5. บุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา, มารดา, คู่สมรส(จดทะเบียน) และบุตร(ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรม)
6. การซื้อยาตามร้านขายยา, การตัดแว่น, ซื้อคอนแทคเลนส์ ไม่สามารถขอเบิกได้
7. หากภายหลังตรวจพบว่าการเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามระเบียบเรื่องกองทุนเพื่อสุขภาพที่สหกรณ์ตั้งไว้ในปัจจุบัน สหกรณ์มี
สิทธิ์เรียกเงินคืนจากสมาชิกได้ทุกกรณี

จัดส่งเอกสารได้ที่

ส่วนทะเบียนสมาชิกและเงินฝาก สหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงาน ธนชาติ จำกัด (F6.D001001)
444 ศูนย์การค้าเอ็มบีเคเซ็นเตอร์ ชั้น 6 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 06 3902 4015, 06 3902 3982

สำหรับสหกรณ์เท่านั้น

ผู้ตรวจสอบวงเงิน

เบิกครั้งนี้จำนวน..... บาท
ลงชื่อ
วันที่ (...../...../.....)

ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ
วันที่ (...../...../.....)