



เลขที่รับ.....  
ชื่อผู้รับ.....  
วันที่.....เวลา.....

แบบขอรับเงินสงเคราะห์ศพ  
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำกัด

\*\*\*\*\*

กรณีผู้ขอรับเงินเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....  
สมาชิกสหกรณ์ฯ เลขที่ ..... สังกัด..... มีความประสงค์  
ขอรับเงินสงเคราะห์ศพ เนื่องจาก (ชื่อญาติสายตรงผู้เสียชีวิต).....  
ซึ่งเป็น ..... ของข้าพเจ้า ได้เสียชีวิตเมื่อวันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. ....

กรณีผู้ขอรับเงินเป็นญาติของสมาชิกสหกรณ์ฯ

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....  
เกี่ยวข้องเป็น ..... ของสมาชิกผู้เสียชีวิต มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ศพ เนื่องจาก  
(ชื่อผู้เสียชีวิต)..... สมาชิกสหกรณ์ฯ เลขที่.....  
สังกัด..... ได้เสียชีวิตเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

(ลงชื่อ) ..... ผู้แสดงความจำนง  
(.....)

**\*\*หมายเหตุ** ญาติสายตรงที่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ศพ คือ บิดา ,มารดา ,สามี ,ภรรยา ,บุตรของสมาชิกสหกรณ์ฯ เท่านั้น