



ใบสำคัญจ่ายเงินสวัสดิการสมาชิก  
กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน (กสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี เลขประจำตัว  
ประชาชน

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....

เป็นผู้รับเงินสวัสดิการสมาชิกของ (นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกกองทุนเลขที่.....

ซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เป็นเงินจำนวน 1,000,000 บาท (หนึ่งล้านบาทถ้วน) ไว้เป็นการครบถ้วนถูกต้องแล้ว

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....  
(.....)

ผู้รับเงิน (ทายาท)

เลขบัตรประชาชน.....

.....  
(.....)

ผู้รับเงิน (ทายาท)

เลขบัตรประชาชน.....

.....  
(.....)

ผู้จัดการศูนย์ประสานงาน

พยาน

.....  
(.....)

ผู้รับเงิน (ทายาท)

เลขบัตรประชาชน.....

.....  
(.....)

ผู้รับเงิน (ทายาท)

เลขบัตรประชาชน.....

.....  
(.....)

เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ประสานงาน

พยาน