

เอกสารประกอบ

- สำเนาบัตรประชาชน (สมาชิก/ผู้รับเงินสงเคราะห์)
- สำเนาทะเบียนบ้าน (สมาชิก/ผู้รับเงินสงเคราะห์)
- สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (สมาชิก/ผู้รับเงินสงเคราะห์)



หนังสือแจ้งขอเปลี่ยนแปลงเพิ่มหรือลดจำนวนผู้รับเงินสงเคราะห์

กองทุนสวัสดิการสาธารณสุขอุบลราชธานี (สอช.)

เขียนที่

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการกองทุนสวัสดิการสาธารณสุขอุบลราชธานี (สอช.)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) เลขทะเบียนสมาชิก

เป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสาธารณสุขอุบลราชธานี โดยมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน..... ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด เบอร์มือถือ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอให้กองทุนสวัสดิการสาธารณสุขอุบลราชธานี (สอช.) ดำเนินการ

1. ขอเปลี่ยนแปลง ผู้รับเงินสงเคราะห์จากเดิม ดังนี้
 - 1.1 จากเดิมเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน.....%
 - 1.2 จากเดิมเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน.....%
 - 1.3 จากเดิมเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน.....%
 - 1.4 จากเดิมเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน.....%
2. ขอลด / ยกเลิก ผู้รับเงินสงเคราะห์ ดังนี้
 - 2.1 2.2
 - 2.3 2.4
3. ขอเพิ่มจำนวนผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน ราย ดังนี้
 - 3.1เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน%
 - 3.2เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน%
 - 3.3เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน%
4. สรุปผู้รับเงินสงเคราะห์จากเดิมจำนวนราย เป็นจำนวน ราย ดังนี้
 - 4.1.....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน%
 - 4.2.....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน%
 - 4.3.....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน%
 - 4.4.....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน%
 - 4.5.....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ สัดส่วน%

โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

- ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว
- ให้ได้ส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน
- อื่น ๆ

หากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ที่ห้ามมอบแก่ผู้มีสิทธิดังกล่าวข้างต้น ถ้าคนใดเสียชีวิต ไปก่อนข้าพเจ้าผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิได้รับเงินดังกล่าว

(ลงชื่อ)

(.....)