



## บันทึกข้อความ

สภกรรมการออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

ที่ สอ.อจ.1.พิเศษ/25.....

วันที่ .....

เรื่อง ขอรับเงินค่าหุ้นและเงินฝากกรณีสมาชิกเสียชีวิต

เรียน ประธานกรรมการสภกรรมการออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. สำเนาใบมรณบัตร	จำนวน 1 ชุด
	2. สำเนาบัตรประชาชนผู้ตาย/ผู้รับผลประโยชน์	จำนวน 1 ชุด
	3. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ตาย/ผู้รับผลประโยชน์	จำนวน 1 ชุด
	4. สำเนาทะเบียนสมรส	จำนวน 1 ชุด
	5. สำเนาบัญชีธนาคารกรุงไทย	จำนวน 1 ชุด

ตามที่ นาย/นาง/นางสาว.....

สมาชิกเลขที่.....สังกัด.....

เสียชีวิตเมื่อวันที่.....ด้วยสาเหตุ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....

จึงขอรับเงินค่าหุ้น/เงินฝาก รวมถึงเงินอื่นที่สหกรณ์ฯ ออกให้ทั้งหมด หากผู้เสียชีวิตมีหนี้ที่ต้องชำระแก่สหกรณ์ ข้าพเจ้ายินดีให้นำเงินดังกล่าวหักหนี้ให้เสร็จสิ้นก่อนได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

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

เห็นควรอนุมัติ

.....

(นางมลทิรา ไชยสงคราม)

ผู้จัดการ

สภกรรมการออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

.....

(.....)

ประธานกรรมการ

สภกรรมการออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด



**แบบฟอร์มแจ้งสมาชิกเสียชีวิต**  
**สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง แจ้งสมาชิกเสียชีวิต

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- |                                         |             |
|-----------------------------------------|-------------|
| 1. สำเนาใบมรณบัตร                       | จำนวน 1 ชุด |
| 2. สำเนาบัตรประชาชนผู้เสียชีวิต/ผู้แจ้ง | จำนวน 1 ชุด |
| 3. สำเนาทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต/ผู้แจ้ง | จำนวน 1 ชุด |

ด้วย นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข  
จังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด เลขทะเบียนที่.....สังกัด.....เสียชีวิตเมื่อวันที่.....  
เวลา.....น. สาเหตุการตาย.....ฉาปนกิจศพในวันที่.....

ณ.....ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ผู้แจ้งการเสียชีวิต มีความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต ดังนี้

- บิดา     มารดา     คู่สมรส     บุตร     อื่นๆ .....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงนาม).....ผู้แจ้ง

(.....)

**เสนอคณะกรรมการดำเนินการฯ**

**รายละเอียดข้อมูลผู้พ้นของสมาชิก ณ วันที่.....มีดังนี้**

**1. ภาระการค้ำประกัน**

ชื่อ - สกุล	เลขทะเบียน	หน่วย
1.1 .....	.....	.....
1.2 .....	.....	.....
1.3 .....	.....	.....
1.4 .....	.....	.....
1.5 .....	.....	.....
1.6 .....	.....	.....
1.7 .....	.....	.....
1.8 .....	.....	.....
1.9 .....	.....	.....
1.10 .....	.....	.....

2. ทุนเรือนหุ้น จำนวน.....บาท

3. เงินฝากสหกรณ์ จำนวน.....บาท จำนวน.....บัญชี

**4. ภาระหนี้คงเหลือ**

4.1 สัญญา ฉุกเฉิน จำนวน.....บาท    4.3 สัญญา พิเศษ จำนวน.....บาท

4.2 สัญญา สามัญ จำนวน.....บาท    4.4 สัญญา อื่นๆ จำนวน.....บาท

เมื่อนำหุ้นและเงินฝากหักชำระหนี้แล้วคงเหลือหนี้ จำนวน.....บาท

5. เป็นสมาชิกสมาชิก  สส.ชสอ.  สสธท.  กสธท.  กสอ.(ล้านอิสาน)  สพค./สหค.2  อื่น ๆ.....

6. เงินรอเรียกเก็บ จำนวน.....บาท    เงินรอจ่ายคืน จำนวน.....บาท

.....เจ้าหน้าที่หน่วย

วันที่...../...../.....



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด

AMNATCHAROEN PROVINCIAL HEALTH SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE LIMITED

819 ม.16 ต.บุ่ง อ.เมือง จ.อำนาจเจริญ 37000 โทรศัพท์ 081-5791868 www.supsasook.com

## ใบสำคัญจ่ายเงิน

อนุมัติให้จ่ายได้  
ลงชื่อ.....  
ผู้จัดการ

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิกเลขที่.....

หน่วยงาน..... ได้รับเงินจาก สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำกัด ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ .....	บาท	
	บาท	สต.
.....		
.....		
รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) .....		

ข้าพเจ้ายินยอมให้โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย จำกัด สาขา .....

เลขที่บัญชี 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ผู้จ่ายเงิน		ผู้รับเงิน
		โทรศัพท์.....