



ระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์นาวิกโยธิน จำกัด

ว่าด้วยการสวัสดิการเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่สมาชิก

พ.ศ.๒๕๕๐

อาศัยอำนาจตามความในข้อบังคับสหกรณ์ออมทรัพย์นาวิกโยธิน จำกัด พ.ศ.๒๕๕๐ ข้อ ๖๖ (๙) และมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ ๑๔/๔๙ เมื่อ ๒๖ ธ.ค.๔๙ จึงกำหนดระเบียบไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์นาวิกโยธิน จำกัด ว่าด้วยการสวัสดิการเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่สมาชิก พ.ศ.๒๕๕๐”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ วัตถุประสงค์ เพื่อช่วยเหลือสมาชิกในกรณีเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ช่วยบรรเทาความเดือดร้อน อีกทั้งเป็นการบำรุงขวัญ กำลังใจ แก่สมาชิก

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

“เงินสวัสดิการ” หมายถึง เงินช่วยเหลือการสวัสดิการสำหรับสมาชิก

“สหกรณ์” หมายถึง สหกรณ์ออมทรัพย์นาวิกโยธิน จำกัด

“คณะกรรมการ” หมายถึง คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์นาวิกโยธิน

จำกัด

“สมาชิก” หมายถึง สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์นาวิกโยธิน จำกัด

“สถานพยาบาล” หมายถึง สถานพยาบาลของทางราชการ และสถานพยาบาลของ

เอกชน

“คนไข้ใน” หมายถึง ผู้ที่เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล ประเภทคนไข้

ในในสถานพยาบาล

“ผู้รับพินัยกรรม” หมายถึง บุคคลที่สมาชิกระบุให้เป็นผู้รับพินัยกรรม

“ทายาท” หมายถึง ทายาทโดยธรรม¹

ข้อ ๕ เงินสวัสดิการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่สมาชิก ได้มาจากการจัดสรร จากกำไรสุทธิประจำปี และเงินทุนสาธารณประโยชน์

ข้อ ๖ สหกรณ์จะจ่ายเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลให้แก่สมาชิกที่เข้ารับการรักษา และเป็นคนไข้ในของสถานพยาบาล ในอัตราคืนละ ๓๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง ปีละไม่เกิน ๓ ครั้ง²

ข้อ ๗ การขอรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล สมาชิกต้องยื่นคำร้อง ให้กรอกรายการตามแบบที่สหกรณ์กำหนด ถึง สหกรณ์พร้อมหลักฐานหนังสือรับรองของแพทย์หรือของสถานพยาบาลหรือใบเสร็จรับเงิน ที่ระบุระยะเวลาเข้ารับการรักษาฉบับจริง

ข้อ ๘ ในกรณีที่มอบฉันทะให้ผู้อื่นมารับเงินแทน จะต้อง มีหนังสือมอบฉันทะ และบัตรสมาชิกสหกรณ์ของผู้มอบและผู้รับมอบฉันทะมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่สหกรณ์

1 แก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบ สอ.นย.ว่าด้วยการสวัสดิการการเงินช่วยเหลือข้าราชการพยาบาลแก่สมาชิก (ฉบับ 3) พ.ศ.2557

2 แก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบ สอ.นย.ว่าด้วยการสวัสดิการการเงินช่วยเหลือข้าราชการพยาบาลแก่สมาชิก (ฉบับ 2) พ.ศ.2553

ข้อ ๙ สมาชิกต้องแจ้งความจำเป็นในการขอรับเงินช่วยเหลือตามระเบียบนี้ภายใน ๖๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ออกจากสถานพยาบาล โดยสหกรณ์จะพิจารณาจากหนังสือรับรองหรือใบเสร็จรับเงินของสถานพยาบาล หากพ้นกำหนดให้ถือว่าสละสิทธิ์

ในกรณีที่สมาชิกเสียชีวิตลงในขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลหรือเสียชีวิตก่อนครบกำหนดเวลาแจ้งความจำเป็นขอรับเงินช่วยเหลือตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้รับพินัยกรรมหรือทายาทเป็นผู้แจ้งความจำเป็นขอรับเงินแทนตามลำดับ ทั้งนี้กำหนดเวลาการแจ้งความจำเป็นต้องเป็นไปตามข้อกำหนดในวรรคหนึ่ง³

ข้อ ๑๐ สหกรณ์ทรงไว้ซึ่งสิทธิ์ที่จะพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือข้าราชการพยาบาลนี้ตามที่เห็นสมควร และคณะกรรมการพิจารณาให้ถือเป็นที่สุด

ข้อ ๑๑ ให้ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์นาวิกโยธิน จำกัด รักษาการตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ มกราคม พ.ศ.๒๕๕๐

(ลงชื่อ) พลเรือตรี พงศ์ศักดิ์ ภูรีโรจน์

(พงศ์ศักดิ์ ภูรีโรจน์)

ประธานกรรมการดำเนินการ

สหกรณ์ออมทรัพย์นาวิกโยธิน จำกัด

หมายเหตุ หลักการและเหตุผลที่ประกาศใช้ระเบียบนี้ (ฉบับที่ 2 พ.ศ.2553)

๑.เพื่อกำหนดเงินสวัสดิการช่วยเหลือข้าราชการพยาบาลแก่สมาชิกให้เหมาะสมกับภาวะค่าครองชีพที่สูงขึ้น

๒.เพื่อขยายระยะเวลาในการขอรับเงินสวัสดิการ

หมายเหตุ หลักการและเหตุผลที่ประกาศใช้ระเบียบนี้คือ โดยที่เมื่อสมาชิกที่เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลและเสียชีวิตลง หรือเข้ารับการรักษาพยาบาลแต่ยังไม่ได้ยื่นขอรับเงินสวัสดิการ ต่อมาสมาชิกได้เสียชีวิตลง ดังนั้นเพื่อให้การจ่ายเงินสวัสดิการสงเคราะห์มีความเหมาะสม จึงได้เพิ่มเติมข้อกำหนดให้ผู้รับพินัยกรรมหรือทายาทตามลำดับ มีสิทธิขอรับสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือข้าราชการพยาบาลแทนสมาชิกที่เสียชีวิต (ฉบับที่ 3 พ.ศ.2557)

3 แก้วไขเพิ่มเติมโดยระเบียบ สอ.นย.ว่าด้วยการสวัสดิการการเงินช่วยเหลือข้าราชการพยาบาลแก่สมาชิก (ฉบับ 2) พ.ศ.2553 และ
ระเบียบ สอ.นย.ว่าด้วยการสวัสดิการการเงินช่วยเหลือข้าราชการพยาบาลแก่สมาชิก (ฉบับ 3) พ.ศ.2557

แบบรายงานขอรับสวัสดิการการเงินช่วยเหลือข้าราชการพยาบาลแก่สมาชิก

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับสวัสดิการ เงินช่วยเหลือข้าราชการพยาบาลแก่สมาชิก

เรียน

อ้างถึง ระเบียบ สอ.นย. ว่าด้วยการสวัสดิการการเงินช่วยเหลือข้าราชการ พยาบาล แก่สมาชิก พ.ศ.๒๕๕๐ และที่
แก้ไขเพิ่มเติม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หนังสือรับรองของแพทย์ หรือของสถานพยาบาล หรือใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง)

๒. สำเนาบัตรประชาชน (กรณีให้โอนเงินเข้าบัญชี)

๓. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร/สำเนาบัญชีเงินฝาก สอ.นย. (กรณีให้โอนเงินเข้าบัญชี)

ด้วยกระผม/ดิฉัน.....ตำแหน่ง.....

สมาชิกหมายเลข.....สังกัด.....โทรศัพท์.....ได้ป่วยและเข้ารับ

การรักษาพยาบาลที่.....ตั้งแต่.....ถึง.....รวม.....วัน

มีความประสงค์ ขอรับสวัสดิการการเงินช่วยเหลือข้าราชการพยาบาลแก่สมาชิก เป็นเงิน.....บาท

เป็นการขอใช้สิทธิครั้งที่.....โดยใช้สิทธิไปแล้ว.....ครั้ง เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

และขอรับสวัสดิการโดย

รับเป็นเงินสด

โอนเข้าบัญชี (ธนาคาร หรือ สอ.นย.).....ประเภท.....

สาขา.....ชื่อบัญชี.....หมายเลขบัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ควรมีครบแล้วแต่จะกรุณา

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

๑. สมาชิกขอรับสวัสดิการจะต้องเป็นคนไข้ในของสถานพยาบาล ในอัตราคืนละ ๓๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาท ปีละไม่เกิน ๓ ครั้ง

๒. สมาชิกขอรับสวัสดิการ ให้เรียนผู้บังคับบัญชาของตนเอง ถึงระดับ ผบ.พัน หรือเทียบเท่า

๓. กรณีโอนเข้าบัญชีธนาคารพาณิชย์ สมาชิกเป็นผู้รับผิดชอบ ค่าธรรมเนียมการโอน