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 และสถานพยาบาลของเอกชน

“คนไข้ใน” หมายถึง ผู้ที่เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล ประเภทคนไข้ในในสถานพยาบาล

“ผู้รับพินัยกรรม” หมายถึง บุคคลที่สมาชิกระบุให้เป็นผู้รับพินัยกรรม

“ทายาท” หมายถึง ทายาทโดยธรรม

ข้อ ๕ เงินสวัสดิการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่สมาชิก ได้มาจากการจัดสรร จากกำไรสุทธิประจำปี และเงินทุนสาธารณประโยชน์

ข้อ ๖ สหกรณ์จะจ่ายเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลให้แก่สมาชิกที่เข้ารับการรักษา และเป็นคนไข้ในของสถานพยาบาล ในอัตราคืนละ ๓๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง ปีละไม่เกิน ๓ ครั้ง [1]

ข้อ ๗ การขอรับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล สมาชิกต้องยื่นคำร้อง ให้กรอกรายการตามแบบที่สหกรณ์กำหนด ถึง สหกรณ์พร้อมหลักฐานหนังสือรับรองของแพทย์หรือของสถานพยาบาล หรือใบเสร็จรับเงิน ที่ระบุระยะเวลาเข้ารับการรักษาฉบับจริง

ข้อ ๘ ในกรณีที่มอบฉันทะให้ผู้อื่นมารับเงินแทน จะต้องมีหนังสือมอบฉันทะ และบัตรสมาชิกสหกรณ์ของผู้มอบและผู้รับมอบฉันทะมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่สหกรณ์

---

1 แก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบ สอ.นย.ว่าด้วยการสวัสดิการเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่สมาชิก (ฉบับ 2) พ.ศ.2553

ข้อ ๙ สมาชิกต้องแจ้งความจำนงในการขอรับเงินช่วยเหลือตามระเบียบนี้ ภายในหกสิบวัน นับตั้งแต่วันที่ออกจากสถานพยาบาล โดยสหกรณ์จะพิจารณาจากใบรับรอง หรือใบเสร็จรับเงินของสถานพยาบาล หากพ้นกำหนดให้ถือว่าสละสิทธิ์

ในกรณีที่สมาชิกเสียชีวิตลงในขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลหรือ เสียชีวิตก่อนครบกำหนดเวลาแจ้งความจำนงขอรับเงินช่วยเหลือตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้รับพินัยกรรมหรือทายาท เป็นผู้แจ้งความจำนงขอรับเงินแทนตามลำดับ ทั้งนี้กำหนดเวลาการแจ้งความจำนงต้องเป็นไปตามข้อกำหนดใน วรรคหนึ่ง [2]

ข้อ ๑๐ สหกรณ์ทรงไว้ซึ่งสิทธิ์ที่จะพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลนี้ตามที่เห็นสมควร และคณะกรรมการพิจารณาให้ถือเป็นที่สิ้นสุด

ข้อ ๑๑ ให้ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์นาวิกโยธิน จำกัด รักษาการตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ มกราคม พ.ศ.๒๕๕๐

(ลงชื่อ) พลเรือตรี พงศ์ศักดิ์ ภูรีโรจน์
(พงศ์ศักดิ์ ภูรีโรจน์)
ประธานกรรมการดำเนินการ
สหกรณ์ออมทรัพย์นาวิกโยธิน จำกัด

---

2 แก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบ สอ.นย.ว่าด้วยการสวัสดิการเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่สมาชิก (ฉบับ 2) พ.ศ.2553 และแก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบ สอ.นย.ว่าด้วยการสวัสดิการเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่สมาชิก (ฉบับ 3) พ.ศ.2557

<u>หมายเหตุ</u> หลักการและเหตุผลที่ประกาศใช้ระเบียบนี้ (ฉบับที่ 2 พ.ศ.2553)

๑.เพื่อกำหนดเงินสวัสดิการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่สมาชิกให้เหมาะสมกับภาวะค่าครองชีพที่สูงขึ้น

๒.เพื่อขยายระยะเวลาในการขอรับเงินสวัสดิการ

<u>หมายเหตุ</u> หลักการและเหตุผลที่ประกาศใช้ระเบียบนี้คือ โดยที่สมาชิกที่เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลและเสียชีวิตลง หรือเข้ารับการรักษาพยาบาลแต่ยังไม่ได้ยื่นขอรับเงินช่วยเหลือ ต่อมาสมาชิกได้เสียชีวิตลง ดังนั้นเพื่อให้การจ่ายเงินช่วยเหลือมีความเหมาะสม จึงได้เพิ่มเติมข้อกำหนดให้ผู้รับพินัยกรรมหรือทายาทตามลำดับ มีสิทธิขอรับเงินแทนสมาชิกที่เสียชีวิต

แบบรายงานขอรับสวัสดิการเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่สมาชิก

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับสวัสดิการ เงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่สมาชิก

เรียน .....

อ้างถึง ระเบียบ สอ.นย. ว่าด้วยการสวัสดิการเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล แก่สมาชิก พ.ศ.๒๕๕๐

และที่แก้ไขเพิ่มเติม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หนังสือรับรองของแพทย์ หรือของสถานพยาบาล หรือใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง)

๒. สำเนาบัตรสมาชิก (กรณีให้โอนเงินเข้าบัญชี)

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

ด้วยกระผม/ดิฉัน.....ตำแหน่ง.....

สมาชิกหมายเลข.....สังกัด.....โทรศัพท์.....ได้ป่วย

และเข้ารับการรักษาพยาบาลที่.....ตั้งแต่.....ถึง.....รวม.....คืน

มีความประสงค์ ขอรับสวัสดิการเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่สมาชิก เป็นเงิน.....บาท

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

และขอรับสวัสดิการโดย

☐ รับเป็นเงินสด

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

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ควรมิควรแล้วแต่จะกรุณา

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

<u>หมายเหตุ</u>

๑. สมาชิกขอรับสวัสดิการ จะต้องเป็นคนไข้ในของสถานพยาบาล ในอัตราคืนละ ๓๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาท/ครั้ง ปีละไม่เกิน ๓ ครั้ง และยื่นเรื่องภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันออกจากสถานพยาบาล หากพ้นกำหนดถือว่าสละสิทธิ์

๒. สมาชิกขอรับสวัสดิการ ให้เรียนผู้บังคับบัญชาของตนเอง ถึงระดับ ผบ.พัน หรือเทียบเท่า

๓. กรณีโอนเข้าบัญชีธนาคารพาณิชย์ <u>สมาชิกเป็นผู้รับผิดชอบ ค่าธรรมเนียมการโอน</u>