

**เอกสารประกอบ**

สำเนาบัตรประชาชน (สมาชิก/ผู้รับเงินสงเคราะห์)

สำเนาทะเบียนบ้าน (สมาชิก/ผู้รับเงินสงเคราะห์)

สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)

ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (สมาชิก/ผู้รับเงินสงเคราะห์)



หนังสือแจ้งการขอเปลี่ยนแปลงผู้รับเงินสวัสดิการ  
กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขทะเบียนสมาชิก.....  
เป็นสมาชิกของกองทุนฯ โดยมีสมาชิกภาพสมบูรณ์ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์มือถือ.....  
ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอให้กองทุนฯ ดำเนินการเปลี่ยนแปลงผู้รับเงินสวัสดิการ จากเดิมเป็น ดังนี้

1. ....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....สัดส่วน.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
2. ....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....สัดส่วน.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
3. ....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....สัดส่วน.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
4. ....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....สัดส่วน.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
5. ....เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะ.....สัดส่วน.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....

โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

- ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว
- ให้ได้ส่วนแบ่งเท่าๆ กัน
- อื่นๆ.....

หากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิดังกล่าวข้างต้นถ้าคนใดเสียชีวิตไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้น  
เป็นอัน หมดสิทธิได้รับเงินดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

(ลงชื่อ) .....  
(.....)