



ชมรมผู้อาวุโส กฟผ.

ใบขอรับความช่วยเหลือค่าตรวจสุขภาพประจำปี

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. เลขประจำตัว กฟผ.
บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... ขอรับความช่วยเหลือค่าตรวจสุขภาพประจำปี.....
จากชมรมผู้อาวุโส กฟผ. เป็นจำนวนเงินเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 1,100.- บาท

โดยขอให้โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ ธนาคาร กรุงไทย จำกัด (มหาชน)

เลขที่บัญชี..... สาขา..... จังหวัด.....
(ต้องเป็นชื่อบัญชีของผู้ขอรับความช่วยเหลือฯ และหากมีค่าธรรมเนียมการโอน ผู้ขอรับความช่วยเหลือฯเป็นผู้รับภาระ)

พร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานการเบิก

ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง ที่ระบุเป็น “ค่าตรวจสุขภาพประจำปี”

เล่มที่..... เลขที่.....

ลงวันที่..... จำนวนเงิน.....บาท

ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุเป็น “ค่าตรวจสุขภาพประจำปี”

อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

หมายเหตุ : สมาชิกชมรมผู้อาวุโส กฟผ. ยื่นหลักฐานขอรับความช่วยเหลือค่าตรวจสุขภาพประจำปี ก่อนวันที่ 15 ธันวาคม ของปีนั้น หากเกินกำหนดถือว่าสละสิทธิ์

ชมรมผู้อาวุโส กฟผ. ห้อง 180 ชั้น 1 อาคาร ท.100 (ประตู 6) โทร. 0 2436 5901 - 2, 0 2436 6350
กรรมการ อพอ. โทร. 0 2436 5847 - 8, กรรมการการเงิน โทร. 0 2436 3675