



ที่ นช ๐๐๑๙/ว ร๐๕๖

ถึง สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอ ทุกอำเภอ

ตามที่ จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้จัดส่งสำเนาเอกสารกรมธรรม์ประกันภัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) แบบกลุ่ม ระยะเวลา ๑ ปี ความคุ้มครองเริ่มต้นวันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๔ สิ้นสุดวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ โดยเป็นการจัดสวัสดิการจากเงินกองทุนสวัสดิการกรมการพัฒนาชุมชน เพื่อเป็นสวัสดิการในการดูแลสุขภาพของบุคลากร ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) นั้น

จังหวัดฉะเชิงเทรา ขอส่งแบบฟอร์มการขอรับเงินชดเชย ในกรณีที่บุคลากรในสังกัด ตรวจพบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ให้จัดส่งแบบขอรับเงินชดเชยถึงสำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด เพื่อประสานกรมการพัฒนาชุมชนขอรับเงินชดเชยต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย



แบบขอรับเงินชดเชย

กลุ่มงานประสานและสนับสนุนการบริหารงานพัฒนาชุมชน

โทร. ๐ ๓๘๕๑ ๑๒๓๙

โทรสาร ๐ ๓๘๕๑ ๑๒๓๙

เศรษฐกิจฐานรากมั่นคงและชุมชนพึ่งตนเองได้  
ภายในปี ๒๕๖๕



Change for Good

แบบฟอร์มการขอรับเงินชดเชยประกันภัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) แบบกลุ่ม

เขียนที่.....  
.....  
.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง ขอรับเงินชดเชยประกันภัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)

เรียน พัฒนาการจังหวัด.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรที่ทางราชการออกให้ จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) จำนวน ๑ ฉบับ  
๓. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/หมู่บ้าน.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอรับเงินชดเชย ดังนี้

ภาวะโคม่า (Coma) จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ๑๐๐,๐๐๐ บาท

ตรวจพบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ๑๐,๐๐๐ บาท

เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)

วันละ ๑,๐๐๐ บาท (ไม่เกิน ๑๕ วัน) จำนวน.....วัน

โดยโอนเงินชดเชยเข้าบัญชี ธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....

เลขที่บัญชี.....

ลงชื่อ.....(ผู้ขอรับเงินชดเชย)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....(ผู้รับรอง)

(.....)

ตำแหน่ง พัฒนาการอำเภอ/.....