

พนักงานกระทรวงสาธารณสุขแจ้งการสิ้นสุดสมาชิกภาพ

กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ.....พนักงานกระทรวงสาธารณสุข.....ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.25.....

ข้อมูลสมาชิก

ชื่อ – สกุล (ตัวบรรจง).....สังกัด.....
เข้าทำงานวันที่.....เดือน.....พ.ศ.25.....สิ้นสุดจากการเป็นพนักงานวันที่.....เดือน.....พ.ศ.25.....
วัน/เดือน/ปี เกิด..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

ข้อมูลการสิ้นสุดสมาชิกภาพ

- ลาออกจากงาน
- โอนย้ายกองทุน ไปยังกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ.....ซึ่งจดทะเบียนแล้ว
- กรณีเกษียณอายุ ตามข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงานของนายจ้าง
- กรณีลาออกจากงาน สมาชิกที่อายุครบ 55 ปีบริบูรณ์ และเป็นสมาชิกกองทุนแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปีต่อเนื่อง
- ทูพพลภาพ
- เสียชีวิต
- ลาออกจากงาน และขอคืนเงินไว้ในกองทุนตามระยะเวลาไม่เกินที่กำหนดไว้ในข้อบังคับกองทุน
- อื่น ๆ (ระบุ).....

ข้อมูลการขอรับเงิน

- โอนเข้าบัญชีสมาชิก เอกสารแนบ: สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกที่มีชื่อสมาชิก พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

**เอกสารที่ต้องแนบประกอบการขอลาออกจากกองทุน

- สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกที่มีชื่อสมาชิก พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง