

เอกสารประกอบ

- ☐ 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- ☐ 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ☐ 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- ☐ 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ที่ สสธท. กำหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- ☐ 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์



ใบเสร็จรับเงิน สสธท. เล่มที่

เลขที่

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ (วาระปกติ)

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. คู่สมรสชื่อ.....

1 ☐ สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์.....☐ อื่นๆ (ระบุ).....

2 ประกอบอาชีพ

2.1 ☐ รับราชการ ดังนี้(1) ☐ ข้าราชการ ตำแหน่ง (ระบุ)(2) ☐ พนักงานราชการ ตำแหน่ง (ระบุ)(3) ☐ ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง (ระบุ)(4) ☐ พกส. / ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง (ระบุ)(5) ☐ อื่นๆ ระบุ2.2 ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ บำเหน็จ ☐ บำเหน็จรายเดือน2.3 ☐ เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์ ตำแหน่ง (ระบุ)

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)..... ID Line.....

3 สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ..... ID Line.....

**กรณีฉุกเฉินติดต่อ (นาย/นาง/นางสาว)เกี่ยวข้องเป็น.....

โทรศัพท์มือถือ..... ID Line.....

4 การชำระเงิน ดังนี้

☐ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท☐ ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท☐ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 6,000 บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 6,040 บาท (หกพันสี่สิบบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมประชาสัมพันธ์ไทย

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมประชาสัมพันธ์ไทย
สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.1
ของสมาคมประชาสัมพันธ์ไทยทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสรท. และได้แนบหลักฐาน
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ
และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสรท. ตามรอบการรับสมัคร หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของกรรมการ

เสนอ ☐ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสรท.

☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสรท.

คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสรท. ตั้งแต่วันที่.....

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่/ 25.....เมื่อวันที่.....

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

☐ นายกสมาคม สสรท.

☐ กรรมการ สสรท. ปฏิบัติการแทน

นายกสมาคม สสรท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

**ใบรับรองแพทย์**

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสธ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□ ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้
โรคตามข้อ (3.1) – (3.10) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์ □ไม่มี □มี (ระบุ).....
โรคประจำตัวอื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

๗ ได้ตรวจร่างกายและสอบประวัติ นาย/นาง/นางสาว.....แล้ว มีรายละเอียด ดังนี้

☐ (1) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

☐ (2) ไม่มีจิตเพื่อน ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------|-------------|
| (3.1) โรคมะเร็ง | ☐ ไม่มี | ☐ มี | (ระบุ)..... |
| (3.2) โรคหัวใจ | ☐ ไม่มี | ☐ มี | (ระบุ)..... |
| (3.3) โรควัณโรค | ☐ ไม่มี | ☐ มี | (ระบุ)..... |
| (3.4) โรคปอดเรื้อรัง | ☐ ไม่มี | ☐ มี | (ระบุ)..... |
| (3.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | ☐ ไม่มี | ☐ มี | (ระบุ)..... |
| (3.6) ภาวะไตวาย(ล้างไต) | ☐ ไม่มี | ☐ มี | (ระบุ)..... |
| (3.7) โรคเอดส์ | ☐ ไม่มี | ☐ มี | (ระบุ)..... |
| (3.8) โรคตับแข็ง | ☐ ไม่มี | ☐ มี | (ระบุ)..... |
| (3.9) โรคเอสแอลอี (SLE) | ☐ ไม่มี | ☐ มี | (ระบุ)..... |
| (3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสธท. 2 | ☐ ไม่มี | ☐ มี | (ระบุ)..... |

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที
(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสรท. โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสท.

สสท. 2

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□□□ อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสท. ดังนี้

- ☐ 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- ☐ 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- | | |
|---|--|
| (4.1) โรคเมะเร็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.2) โรคหัวใจ | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.3) โรควัณโรค | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.4) โรคปอดเรื้อรัง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.6) ภาวะไตวาย(ล้างไต) | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.7) โรคเอดส์ | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.8) โรคตับแข็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.9) โรคเอสแอลอี (SLE) | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสท. 2 | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้ สสท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสท. ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2569 ข้อ 15(4) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสท. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสท.)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์



**หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

1. สถานภาพ

☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสท. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า

คือ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า(10%ของเงินสงเคราะห์)

ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

2.1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% โทรศัพท์.....

2.2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% โทรศัพท์.....

2.3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% โทรศัพท์.....

2.4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% โทรศัพท์.....

2.5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% โทรศัพท์.....

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ☐ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

☐ อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

****หมายเหตุ : กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อเป็นการรักษาสิทธิ์**

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสท.

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสท.

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักงานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(.....)

บัตรประชาชน.เลขที่

บัตรประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(.....)

บัตรประชาชนเลขที่.....

บัตรประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ)พยาน

(ลงชื่อ)พยาน

(.....)

(.....)

การกรอกใบสมัคร สสท.

1. กรอกใบสมัครให้ครบทุกหน้า ในหน้า สสท.3 และ สสท.9 ให้พยานลงชื่อให้ครบ
2. หน้า 2 (คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครสมาชิก) ให้สมาชิกหาผู้รับรองที่เป็นสมาชิก สสท.รับรองคุณสมบัติให้เรียบร้อย
3. ใบรับรองแพทย์ให้ใช้ตามแบบฟอร์มในชุดใบสมัคร สสท. เท่านั้น หากแพทย์ระบุโรคว่าเป็นโรคใดๆ สมาชิกต้องแนบประวัติการรักษาเกี่ยวกับชุดใบสมัครด้วย เพื่อประกอบการพิจารณา และหากผู้สมัครสมาชิกมี **ความดันโลหิตสูง** ขอให้วัดความดันโลหิต และส่งผลการวัดความดันแนบมาด้วย
4. เอกสารประกอบการสมัคร มีสำเนาบัตรประชาชน , สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี) ของผู้สมัคร และผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน (กรณีสมัครสมาชิกสมทบ) ให้แนบหนังสือรับรองการทำงาน หรือบัตรพนักงาน เพื่อเป็นการยืนยันการประกอบอาชีพของสมาชิกสมทบ
5. สมาชิกที่กู้เงินกับสหกรณ์ฯ จะต้องสมัคร สสท. ค่าสมัครครั้งแรกจะหักจากเงินกู้ที่สมาชิกกู้เงิน สมาชิกจะต้องชำระเงินต่ออายุเงินสงเคราะห์สมาคมทุกปี จนกว่าสมาชิกจะหมดภาระหนี้ หากไม่ต้องการเป็นสมาชิกต่อ ต้องแจ้งลาออกเป็นลายลักษณ์อักษรต่อสหกรณ์ฯ
6. สมาชิกที่ไม่ได้กู้เงินกับสหกรณ์ฯ หากต้องการสมัครเอง เมื่อสมาชิกส่งใบสมัครถึงสหกรณ์ฯ เจ้าหน้าที่ได้ตรวจสอบความเรียบร้อยแล้ว จะแจ้งการโอนเงินค่าสมัครเข้าบัญชี ธ.กรุงไทย เลขที่ 130-0-16769-6 ชื่อบัญชี ศูนย์ประสานงานฯ สมาคมฉกสท.สงเคราะห์ฯ
7. ใบสมัครสมาคมฉกสท.สงเคราะห์ทุกสมาคม / กองทุน ให้สมาชิกพิมพ์จากเว็บไซต์ www.ddccoop.com เนื่องจากสมาคมฉกสท.สงเคราะห์ มีการเปลี่ยนแปลงแบบฟอร์มใบสมัคร และแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์อยู่เสมอ หากสมาชิกนำใบสมัคร หรือใบรับรองแพทย์ที่ยกเลิกใช้แล้วมาสมัคร จะต้องเปลี่ยนแบบฟอร์มใหม่ที่เป็นปัจจุบัน เท่านั้น
8. ใบสมัครทุกแผ่น ห้ามใช้น้ำยาลบคำผิด หากเขียนผิดให้ขีดฆ่า และลงชื่อกำกับไว้

- หากมีข้อสงสัยประการใด สามารถติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ 063-0274134 , 087-5011108 งานฉกสท.สงเคราะห์ฯ สหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด

เอกสารประกอบ

- ☐ 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- ☐ 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ☐ 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- ☐ 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ที่ สสท. กำหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- ☐ 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์

ตัวอย่าง



สสท. 1

ใบเสร็จรับเงิน สสท. เล่มที่

เลขที่

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ (วาระปกติ)

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

เขียนที่..... กรุงเทพมหานคร

วันที่..... เดือน 28 ธ.ค. 2569 พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) น.ส. อรุณทองคำ อายุ 43 ปี

เลขประจำตัวประชาชน

3 1 2 9 8 0 0 0 0 2 1 1 1

เกิดวันที่ 1 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2526 คู่สมรสชื่อ นายอรุณ อรุณทองคำ

1 ☒ สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ กรุงเทพมหานคร จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์ 12991☐ อื่นๆ (ระบุ).....

2 ประกอบอาชีพ

2.1 ☒ รับราชการ ดังนี้(1) ☐ ข้าราชการ ตำแหน่ง (ระบุ).....(2) ☒ พนักงานราชการ ตำแหน่ง (ระบุ) เจ้าหน้าที่ยุติธรรมทั่วไป(3) ☐ ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง (ระบุ).....(4) ☐ พกส. / ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง (ระบุ).....(5) ☐ อื่นๆ ระบุ.....2.2 ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ บำเหน็จ ☐ บำเหน็จรายเดือน2.3 ☐ เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์ ตำแหน่ง (ระบุ).....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน กองบริหารทรัพยากรบุคคล

ตำบล (แขวง) ตลาดขวัญ อำเภอ (เขต) เมือง จังหวัด นนทบุรี

รหัสไปรษณีย์ 11000 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-5903000 ID Line 063-0274134

3 สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

บ้านเลขที่ 182/107 หมู่ที่ 5 ซอย - ถนน -

ตำบล (แขวง) ตลาดขวัญ อำเภอ (เขต) นนทบุรี จังหวัด นนทบุรี

รหัสไปรษณีย์ 11110 โทรศัพท์บ้าน - โทรศัพท์มือถือ 063-0274134 ID Line 063-0274134

**กรณีฉุกเฉินติดต่อ (นาย/นาง/นางสาว) อรุณ อรุณทองคำ เกี่ยวข้องเป็น สามี

โทรศัพท์มือถือ 0875011108 ID Line 0875011108

4 การชำระเงิน ดังนี้

☐ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท☐ ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท☐ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 6,000 บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 6,040 บาท (หกพันสี่สิบบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

น.ส. น.ส. อรุณ อรุณทองคำ

ตัวอย่าง



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์อรรถประโยชน์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า นางอภิญญา เจริญ สมาชิกสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์อรรถประโยชน์สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว 003206 อยู่บ้านเลขที่ 88/21 หมู่ที่ 5 ต. ... อ. ... จ. ... โทรศัพท์ 02-5903820 นางสาว... มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 ของสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์อรรถประโยชน์สาธารณสุขไทยทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

วันที่ 28 / ม.ค. 2569

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสท. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสท. ตามรอบการรับสมัคร หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของกรรมการ

- เสนอ ☐ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสท. ☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสท.

- คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสท. ตั้งแต่วันที่.....ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่/ 25.....เมื่อวันที่..... ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- ☐ นายกสมาคม สสท. ☐ กรรมการ สสท. ปฏิบัติการแทนนายกสมาคม สสท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

* ประทับตราของโรงพยาบาล



ตัวอย่าง



สสทท. 2

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสทท.

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

เลขประจำตัวประชาชน 3129800002111 ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้

โรคตามข้อ (3.1) – (3.10) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์ ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

โรคประจำตัวอื่นๆ

ลงชื่อ

ผู้ตรวจร่างกาย

* ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ กมลทิพย์ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ตรวจร่างกายและสอบถามประวัติ นาย/นาง/นางสาว.....แล้ว มีรายละเอียด ดังนี้

☐ (1) ไม่เป็นผู้มีกายภาพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

☐ (2) ไม่มีจิตเพื่อน ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(3.1) โรคเมเร็ง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

(3.2) โรคหัวใจ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

(3.3) โรควัณโรค ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

(3.4) โรคปอดเรื้อรัง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

(3.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

(3.6) ภาวะไตวาย(ล้างไต) ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

(3.7) โรคเอดส์ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

(3.8) โรคตับแข็ง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

(3.9) โรคเอสแอลอี (SLE) ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

(3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสทท. 2

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสทท. โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป

ตัวอย่าง

-2-



ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสธ.

สสธ. 2

เขียนที่.....กรมควบคุมโรค.....วันที่.....เดือน.....28 มี.ค. 2569.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นงัท ธรรมทองคำ.....

เลขประจำตัวประชาชน 3129800002111 อายุ.....43.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสธ. ดังนี้

- ☒ 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- ☒ 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☒ 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- 4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- | | |
|---|---|
| (4.1) โรคเมะเร็ง | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.2) โรคหัวใจ | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.3) โรควัณโรค | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.4) โรคปอดเรื้อรัง | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.6) ภาวะไตวาย(ล้างไต) | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.7) โรคเอดส์ | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.8) โรคตับแข็ง | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.9) โรคเอสแอลอี (SLE) | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสธ. 2 | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ให้ สสธ. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสธ. ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2569 ข้อ 15(4) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสธ. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสธ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....นงัท.....
(นางสาวนงัท ธรรมทองคำ)
(ผู้สมัครสมาชิก สสธ.)

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....อนัน.....
(นายอนัน ธรรมทองคำ)
พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์



สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

เขียนที่..... กรมควบคุมโรค

วันที่ ๒๘ มี.ค. ๒๕๖๙

ข้าพเจ้า พ.อ. พ.อ.อ. สรณก้องคำ อายุ 43 ปี เกิดวันที่ 1 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2526

สมาชิกสมาคมฉาบปูนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....

อยู่บ้านเลขที่ 182/107 หมู่ที่ 5 ถนน - ตำบล ไชยสงคราม

อำเภอ บางปะอิน จังหวัด พระนครศรีอยุธยา รหัสไปรษณีย์ 11110

โทรศัพทน์บ้าน - โทรศัพทน์มือถือ 063-0274134

1. สถานภาพ

☐ โสด ☒ สมรส คู่สมรสชื่อ นายอริย์ ธรรมาองศา ☐ หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสธท. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า

คือ นายอรรณ วัฒนากองคำ เกี่ยวข้องเป็น สามี ของข้าพเจ้า (10% ของเงินสงเคราะห์)

ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

* ๑๐๐% ๑๐๐%
ให้ได้ 90 %

2.1 นายอรรณ สุวนทองคำ สามี 45% โทรศัทพ์..... 0875011108

2.2 นางแก้ว อมจิรา เกี่ยวข้องเป็น แม่ ของข้าพเจ้า สัดส่วน 45% โทรศัพท์ 0875011108

2.3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% โทรศัพท์.....

2.4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% โทรศัพท์.....

2.5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% โทรศัพท์.....

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ☐ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

☒ อื่นๆระบุ.....ให้สอนแบ่งตามลักษณะที่ระบุไว้

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

****หมายเหตุ :** กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อเป็นการรักษาสี

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

ผู้สมัครสมาชิก สสชท.

(ลงชื่อ)..... พยาน

(୩.୫. ଚର୍ଚ୍ଚାଗଳ୍ପ ଚେତନା)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสชท.

(.....)

ตัวอย่าง

สสทท.9

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสทท.)

เขียนที่.....
วันที่ 28 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2569
โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นายอรรถ ฤทธิทองคำ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน.....
เลขที่ 9 9 0 7 2 8 6 3 8 9 0 8 8 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 114 หมู่ที่ 6
ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง) คอหงษ์ อำเภอ(เขต) รัตนบุรี
จังหวัด สงขลา รหัสไปรษณีย์ 90180 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ 0875011108
ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด
หรือ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ 0 9 9 4 0 0 0 1 6 8 5 6 0 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 88/21 หมู่ที่ 4
ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง) ตาตาดำรง อำเภอ(เขต) เมือง
จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000 โทรศัพท์บ้าน 02-5903820 โทรศัพท์มือถือ 063-0274134
เป็นผู้ (✓) รับเงินค่าจัดการศพ (✓) รับเงินสงเคราะห์ (✓) อื่นๆ ที่พึงได้รับ
แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ..... ที่มีต่อ
สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับรองชอบในการที่ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(นายอรรถ ฤทธิทองคำ)
(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(นางเบญจ อนุวัฒน์)
บัตรประชาชนเลขที่ บัตรประชาชนเลขที่
(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....)
บัตรประชาชนเลขที่ บัตรประชาชนเลขที่
(ลงชื่อ) ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและมอบ
อำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ) พยาน (ลงชื่อ) พยาน /
(น.ส. ชลภากร อนุวัฒน์) (น.ส. ชลภากร อนุวัฒน์)