

โปรดเขียนตัวบ่งชี้และกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง

เอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรประจำตัวประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ที่ สสท. กារหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านที่รับเงินสงเคราะห์
- 7. กារนิสัยคุณประพฤติสมกับสหกรณ์ฯ ดังแนบท้าย  
บัตรหนังงานราชการ / ลูกจ้างชั่วคราว ในหน่วยงาน  
สังกัดก่างประเทศสากลใดๆ หรือบัตรของ
- 8. กារนิสัยคุณประพฤติสมกับสหกรณ์ฯ ดังแนบท้าย  
หรือ ใบรับรองของสหกรณ์ดังสังกัด

สสท. 1

ใบเสร็จรับเงิน สสท. เล่มที่ .....  
เลขที่ .....



ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ (วาระพิเศษ)

สมาคมสามปันกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

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

เลขประจำตัวประชาชน          กើតวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

คู่สมรสชื่อ.....

1  สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์.....

2 ประกอบอาชีพ

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 2.1 <input type="checkbox"/> พนักงานราชการ  | ตำแหน่ง (ระบุ) ..... |
| <input type="checkbox"/> พกส. / ลูกจ้างชั่วคราว   | ตำแหน่ง (ระบุ) ..... |
| 2.2 <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ สสท./กสสท.   | ตำแหน่ง (ระบุ) ..... |
| 2.3 <input type="checkbox"/> กรรมการ / ผู้ตรวจสอบฯ / เจ้าหน้าที่ ชสอ.   | ตำแหน่ง (ระบุ) ..... |
| 2.4 <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตรของสมาชิก สสท. ตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 (1) ข้อ 10.1 (2) ข้อ 10.2 (1) ข้อ 10.2 (2)<br>อาชีพ (ระบุ) ..... | .....                |

- 2.5  อื่นๆ (ระบุ) .....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน..... ตำบล (แขวง).....

อำเภอ (เขต)..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

เป็นสมาชิกสมทบของสมาชิกสามัญ (ระบุชื่อ - สกุล) .....

เลขสมาชิก สอ. ..... เลขสามปันกิจ.....

3 สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล (แขวง).....

อำเภอ (เขต)..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....

4 การชำระเงิน ดังนี้

- |   |                 |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก     | เป็นเงิน 20 บาท |
| <input type="checkbox"/> ค่าบำรุงรายปี              | เป็นเงิน 20 บาท |
| <input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า..... | 5,500....บาท    |

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน..... 5,540....บาท ( ห้าพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน )

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมสามปันกิจสังเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย และ มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)



### คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์  
สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว..... อายุบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว..... มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.2  
ของสมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง  
วันที่...../...../.....

### สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสธ. และได้แนบหลักฐาน  
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสangเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ  
และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสธ. ตามรอบการรับสมัครสมาชิก หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....  
ตำแหน่ง.....

### ความเห็นของกรรมการ

- เสนอ  เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสธ.  
 ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

### ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสธ.

- คำสั่ง  อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสธ. ดังเด่าวันที่.....  
ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่ ...../ 25..... เมื่อวันที่.....  
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

### ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- นายกสมาคม สสธ.  
 กรรมการ สสธ. ปฏิบัติการแทน  
นายกสมาคม สสธ.

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....



ଶତମାନ. 2

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.....

- (1) ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้  
 (2) ไม่มีจิตพื้นเฟ้อน ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- |  |  |
|--|--|
| (3.1) โรคมะเร็ง  | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ.....) |
| (3.2) โรคหัวใจ   | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ.....) |
| (3.3) โรควัณโรค  | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ.....) |
| (3.4) โรคปอดเรื้อรัง   | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ.....) |
| (3.5) โรคเบาหวานขันรุนแรง  | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ.....) |
| (3.6) ภาวะไตวาย(ลังได)   | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ.....) |
| (3.7) โรคเอเดส์  | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ.....) |
| (3.8) โรคตับแข็ง   | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ.....) |
| (3.9) โรคเอสแอลอี (SLE)  | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ.....) |
| (3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณบดุยกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศແນທ້ຍຂອງ ສສທ. 2 | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ.....) |

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ចងក្រោម.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล  
(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย  
**(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกตอกเป็นโมฆะทันที**  
(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็น  
สมาชิก สมธ. โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป

ถ้อยແຄລງແລະໃຫ້ກາຍິນຍອມຂອງຜູ້ສມັກສາມາຊີກ ສສທ.



ສສທ. 2

ເຂົ້ານທີ.....ວັນທີ.....ເດືອນ.....ພ.ສ.....

ໜ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ນາງ/ນາງສາ.....

ເລຂປະຈຳດ້ວຍປະຊານ  ອາຍຸ.....ປີ

ໜ້າພເຈົ້າຂອ້າໄຫ້ປະວັດສຸກພາບຂອງໜ້າພເຈົ້າເພື່ອປະກອບກາຮສມັກສາມາຊີກ ສສທ. ດັ່ງນີ້

- 1. ມີສຸກພາບແຂງແຮງ
- 2. ໄມເປັນຜູ້ມີກາຍຖຸພລກາພ ຈະໄມ່ສາມາດປັບປຸງບົດທັກທີໄດ້
- 3. ໄມມີຈົດຝຶກເພື່ອນ ໄມສົມປະກອບ

**4.ປະວັດກາຮຮັກໂຄຕ່ອໄປນີ້**

(4.1) ໂຮມະເຮັງ ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.2) ໂຮກໜ້າໃຈ ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.3) ໂຮກວັນໂຄ ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.4) ໂຮກປອດເຮືອຮັງ ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.5) ໂຮກເບາຫວານໜັນຮຸນແຮງ ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.6) ກາວະໄດວຍາຍ(ລັກໍໄຕ) ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.7) ໂຮກເອດສີ ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.8) ໂຮກຕັບແຂງ ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.9) ໂຮກເອສແອລີ (SLE) ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.10) ໂຮກຮ້າຍແຮງອື່ນໆ ທີ່ຄະນະກຽມກາຮເຫັນວ່າອັນດຽຍ ຕາມປະກາສແນບທ້າຍຂອງ ສສທ. 2

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

ໜ້າພເຈົ້າຂອ້າຍືນວ່າດ້ວຍແຄລງທີ່ໄດ້ໄວ້ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະກາຮ ມີຫຼັກສິນຂອງໜ້າພເຈົ້າແຄລງຂໍ້ອວນເປັນເທົ່າລົວ  
 ໃຫ້ ສສທ. ຕັດສິທິ່ຈາກກາຮເປັນສມາຊີກ ສສທ. ຕາມຂ້ອງບັນດັບສາມາດມ ພ.ສ. 2567 ຂ້ອ 15(4) ໄດ້ກັນທີ ແລະໜ້າພເຈົ້າ  
 ຕລອດທັງຖາຍທ່ານທີ່ຜູ້ຮັບເງິນສົງເຄຣະໜ້າຂອງໜ້າພເຈົ້າຈະໄມ່ຂ່ອຮັບສິທິ່ແລະໃຊ້ສິທິ່ໄດ້ ແລະຂອສລະສິທິ່ໃນກາຮ  
 ທີ່ຈະຮັບເງິນສົງເຄຣະໜ້າໂຄບຮັວມເມື່ອໜ້າພເຈົ້າເສີຍເວົົາ ຮົມທັງໝົດ ແລະ ໜ້າພເຈົ້າໄມ່ມີຕິດໃຈທີ່ຈະເຮີກຮັງເງິນສົງເຄຣະໜ້າ  
 ຜູ້ຮັບເງິນນີ້ແຈກ ສສທ. ທັງສິນ ໂດຍໜ້າພເຈົ້າຍືນວ່າມີຫຼັກສິນທຸກປະກາຮ

ໜ້າພເຈົ້າຍືນຍອມເປີດແຍປະວັດສຸກພາບຂອງໜ້າພເຈົ້າ ໂດຍມອບໃຫ້ ສສທ. ຂອປະວັດກາຮຮັກຂອງໜ້າພເຈົ້າ  
 ຈາກສະຖານພຍາບາລທີ່ເກີຍວ້ອງໄດ້

ລົງຊື່ອ.....

(.....)

(ຜູ້ສມັກສາມາຊີກ ສສທ.)

ລົງຊື່ອ.....

(.....)

ພຍານ/ເຈົ້າທີ່ສູນຍົງປະສານງານ

ລົງຊື່ອ.....

(.....)

ພຍານ/ຜູ້ມີຫຼັກສິນທຸກປະກາຮ



## หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์

สมาคมมานาคมกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

เขียนที่..... พ.ศ. ....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

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

สมาคมมานาคมกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....

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

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

โทรศัพท์..... มือถือ.....

### 1. สถานภาพ

โสด       สมรส คู่สมรสชื่อ.....  หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสธก. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า  
คือ..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า(10% ของเงินสงเคราะห์)  
ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

2.1..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.2..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.3..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.4..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.5..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

โดยมีเงื่อนไขดังนี้  ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว  ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน

อื่นๆ ระบุ.....

อ้าง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม  
(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสธก.

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ สสธก.

(.....)