โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง
เอกสารประกอบ **(เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2567 เป็นต้นไป)** ☐ 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา ☐ 2. สำเนาหนังสือสำคัญ สสธท. พร้อมรับรองสำเนา ☐ 3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน (ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กสธท.) ☐ 4. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)

เลขทะเบียนสมาชิก กสธท. .....

ใบสมัครสมาชิก (ล้านที่ 2)

กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

1. **เป็นสมาชิก สสธท. เลขทะเบียนที่.....** ☐ สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด ☐ สมัครตรง กสธท.

2. **ประกอบอาชีพ**

2.1 ☐ **เป็นสมาชิกประเภทสามัญ สสธท. หรือ สมทบสหกรณ์ออมทรัพย์ สสธท.**

2.1.1 ☐ **รับราชการประจำ**

(1) ☐ ข้าราชการ ตำแหน่ง (ระบุ) .....

(2) ☐ ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างชั่วคราว/พกส. ตำแหน่ง (ระบุ) .....

2.1.2 ☐ **ข้าราชการบำนาญ** ☐ **บำเหน็จรายเดือน**

2.1.3 ☐ **เจ้าหน้าที่ สสธท. / กสธท.** ตำแหน่ง (ระบุ) .....

2.1.4 ☐ **เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข / โรงพยาบาล** ตำแหน่ง (ระบุ) .....

2.1.5 ☐ **กรรมการ / ผู้ตรวจสอบฯ / เจ้าหน้าที่ ชสอ.** ตำแหน่ง (ระบุ) .....

2.1.6 ☐ **อื่น ๆ** (ระบุ) .....

2.2 เป็นสมาชิกประเภทสมทบ สสธท. ของสมาชิกประเภทสามัญ สสธท. ระบุชื่อ-สกุล.....

☐ คู่สมรส ☐ บุตร อาชีพ (ระบุ) .....

3. สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

4. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.) ล้านที่ 2

5. การชำระเงินค่าสมัครแรกเข้าและค่าเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

ค่าสมัครแรกเข้า 100 บาท และค่าเบี้ยประกันชีวิต.....บาท **รวมเป็นเงิน**.....**บาท**

ในกรณีที่สมัครวาระพิเศษ เงินสมทบฯ จำนวน.....บาท **รวมเป็นเงินทั้งสิ้น**.....**บาท**

6. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ต้นสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า **(กรณีสหกรณ์ต้นสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน)** และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสธท.

7. ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ และประกาศของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามระเบียบและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

8. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่เคยมีประวัติการรักษาโรคตามใบรับรองแพทย์ที่ กสธท. กำหนด) มาก่อนวันสมัคร ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 9.3 หากข้าพเจ้ารู้แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความนั้น เป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอม ให้ กสธท. ใช้สิทธิ์ตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ กสธท. ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 14 (1) (3) และ (7) ได้

ได้ตรวจสอบแล้ว
เป็นสมาชิก สสธท. ทะเบียนเลขที่.....จริง
.....
( )
เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสธท.

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ.....กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ต้นสังกัด

(.....)

ตราประทับ
สถานพยาบาล
ของรัฐ

กสธท. 2

ใบรับรองแพทย์ (ล้านที่ 2)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธท. ล้านที่ 2

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

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.....

ได้ตรวจร่างกายและสอบประวัติ นาย/นาง/นางสาว.....แล้ว มีรายละเอียดดังนี้

☐ **(1) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้**

☐ **(2) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ**

(3) <u>ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้</u>

(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 กสธท. 2

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) <u>หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) กสธท. จะไม่รับเป็นสมาชิก</u>

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธท. กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก กสธท. เริ่มใช้ตั้งแต่<u>วันที่ 1 กรกฎาคม 2566</u> เป็นต้นไป

กสธท. 2

ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก กสธท. (ล้านที่ 2)

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก กสธท. ดังนี้

☐ **1. มีสุขภาพแข็งแรง**

☐ **2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้**

☐ **3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ**

4. <u>ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้</u>

(4.1) โรคมะเร็ง ☐ **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 กสธท. 2

☐ **ไม่มี** ☐ **มี** (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ **<u>หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ให้ กสธท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก กสธท. ตามระเบียบ กสธท. พ.ศ. 2566 ข้อ 14 (3) ได้ทันที และข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจาก กสธท. ทั้งสิ้น</u>** โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามระเบียบ กสธท. ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ กสธท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก กสธท.)

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์