

સસન્. 1

เอกสารประกอบ

- ☐ 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- ☐ 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ 3. สำเนาทะเบียนสมรส
- ☐ 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
- ☐ 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ที่ สสทท. กำหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- ☐ 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- ☐ 7. กรณีสมัครประเภทสหบทสหกรณ์ฯ ต้องแนบสำเนาบัตรพนักงานราชการ / ลูกจ้างชั่วคราว ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมรับรองสำเนา
- ☐ 8. กรณีสมัครสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้ายหรือ ใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด



ใบเสร็จรับเงิน สสท. เล่มที่
เลขที่

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ (วาระปกติ)

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน □□□□□ □□□□□ □□□□□ เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

คู่สมรสชื่อ.....

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

2 ประกอบอาชีพ

2.1 ☐ พนักงานราชการ ตำแหน่ง (ระบุ)

☐ พกส. / ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง (ระบุ)

2.2 ☐ เจ้าหน้าที่ สสทท./กสทท. ตำแหน่ง (ระบุ)

2.3 ☐ กรรมการ / ผู้ตรวจสอบฯ / เจ้าหน้าที่ ชสอ. ตำแหน่ง (ระบุ)

2.4 ☐ คัสสมรส ☐ บุตรของสมาชิก สสรท. ตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 (1) ข้อ 10.1 (2) ข้อ 10.2 (1) ข้อ 10.2 (2)

อาชีพ (ระบุ)

2.5 ☐ บิดา ☐ มารดา ของสมาชิก สสรท. ตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 ข้อ 10.1 (2) ข้อ 10.2 (1) ข้อ 10.2 (2)

อาชีพ (ระบุ)

2.6 ☐ อื่นๆ (ระบุ)

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

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

เป็นสมาชิกสมทบของสมาชิกสามัญ (ระบุชื่อ – สกุล)

เลขสมาชิก สอ. เลขฌาปนกิจ.....

3 สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

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

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

4 การชำระเงิน ดังนี้

☐ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท

☐ ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท

☐ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า.....6,000....บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....6,040.....บาท (หกพันสี่สิบบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ขอบบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ
และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

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

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

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสท. และได้แนบหลักฐาน
ประกอบการสมัครครบถ้วน 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. ปฏิบัติการแทน

นายกสมาคม สสท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



સસદ. 2

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสท.

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.....

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

- ☐ (1) ไม่เป็นผู้มีกายทพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

- ☐ (2) ไม่มีจิตพินเพื่อน 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 สสช. 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) 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 สสท. 2 | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ให้ สสท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสท. ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2568 ข้อ 15(4) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสท. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสท.)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์



**หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย**

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....

1. สถานภาพ

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

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสทท. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า
คือ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า(10%ของเงินสงเคราะห์)
ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

- 2.1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%
- 2.2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%
- 2.3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%
- 2.4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%
- 2.5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ☐ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

☐ อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสทท.

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสทท.
(.....)

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน.....

เลขที่ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....

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

ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....กรมควบคุมโรค.....จำกัด

หรือ.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....เมืองนนทบุรี

จังหวัด.....นนทบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....11000.....โทรศัพท์บ้าน.....02-5903820.....โทรศัพท์มือถือ.....063-0274134

เป็นผู้ (✓) รับเงินค่าจัดการศพ (✓) รับเงินสงเคราะห์ (✓) อื่นๆ ที่พึงได้รับ

แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ.....ที่มีต่อ

สหกรณ์ออมทรัพย์.....กรมควบคุมโรค.....จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักงานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....)
(ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....) (.....)
บัตรประชาชน.เลขที่ บัตรประชาชน.เลขที่.....
(ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....) (.....)
บัตรประชาชน.เลขที่..... บัตรประชาชน.เลขที่.....
(ลงชื่อ)ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบ
อำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ)พยาน (ลงชื่อ)พยาน
(.....) (.....)