

## เอกสารประกอบ

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

สสท. 1



ใบเสร็จรับเงิน สสท. เล่มที่ .....

เลขที่ .....

## ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ (วาระพิเศษ)

## สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

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 ระบุ .....2.2 ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ บำเหน็จ ☐ บำเหน็จรายเดือน2.3 ☐ เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์ ตำแหน่ง (ระบุ) .....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล(แขวง).....อำเภอ (เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

## 3 สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

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

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

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

## 4 การชำระเงิน ดังนี้

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

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

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย 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.....



สสธท. 2

## ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสธท.

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.....

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

☐ (1) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

☐ (2) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- |                                                                                |                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| (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) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง                                                     | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.6) ภาวะไตวาย(ล้างไต)                                                        | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.7) โรคเอดส์                                                                 | <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 ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสธท. 2 | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
  - (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
  - (3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที
  - (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสธท. 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                                                               | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.2) โรคหัวใจ                                                                | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.3) โรควัณโรค                                                               | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.4) โรคปอดเรื้อรัง                                                          | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง                                                    | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.6) ภาวะไตวาย(ล้างไต)                                                       | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.7) โรคเอดส์                                                                | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.8) โรคตับแข็ง                                                              | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.9) โรคเอสแอลอี (SLE)                                                       | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสท. 2 | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ให้ สสท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสท. ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2568 ข้อ 15(4) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใด ๆ 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 ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสทท.

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสทท.

(.....)

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

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้  
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักงานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

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