

โปรดเขียนด้วยบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

(เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 เป็นต้นไป)

- ☐ 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา
- ☐ 2. สำเนาทะเบียนสมรส สสรท. พร้อมรับรองสำเนา
- ☐ 3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน (ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กสธ.)
- ☐ 4. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)



ตัวอย่าง

กสธท. 1

เลขทะเบียนสมาชิก กสธท.

ใบสมัครสมาชิก (ด้านที่ 2)

กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)

เขียนที่.....สหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด

วันที่.....เดือน.....-6 พ.ค. 2568

พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ส.ท.กสธ. ออมทรัพย์

อายุ.....43 ปี

เลขประจำตัวประชาชน 3 1 2 9 8 0 0 0 0 1 1 1 1 เกิดวันที่.....2.....เดือน.....กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2525

1. เป็นสมาชิก สสรท. เลขทะเบียนที่.....153396 ☒ สหกรณ์ออมทรัพย์.....กรมควบคุมโรค จำกัด ☐ สมัครตรง กสธท.

2. ประกอบอาชีพ

2.1 ☒ เป็นสมาชิกประเภทสามัญ สสรท. หรือ สมทบสหกรณ์ออมทรัพย์ สสรท.

2.1.1 ☐ รับราชการ ดังนี้

(1) ☒ ข้าราชการ ตำแหน่ง (ระบุ).....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(2) ☐ ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างชั่วคราว/พ.กส. ตำแหน่ง (ระบุ).....

2.1.2 ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ บำเหน็จ ☐ บำเหน็จรายเดือน

2.1.3 ☐ เจ้าหน้าที่ สสรท. / 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 สสรท. ของสมาชิกประเภทสามัญ สสรท. ระบุชื่อ-สกุล.....

☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา อาชีพ (ระบุ).....

3. สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร) บ้านเลขที่.....53/15 หมู่ที่.....4 ซอย.....รักษะศิลา 1 ถนน.....รักษะศิลา
ตำบล.....ลำไย อำเภอ.....บางปลาร้า จังหวัด.....ขอนแก่น

รหัสไปรษณีย์.....11110 โทรศัพท์บ้าน.....- โทรศัพท์มือถือ.....063-0274134

4. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.) ด้านที่ 2

5. การชำระเงินค่าสมัครแรกเข้าและค่าเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

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

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

6. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ต้นสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า (กรณีสหกรณ์ต้นสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน) และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสรท.

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 สสรท. ทะเบียนเลขที่.....จริง

(.....)

เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสธท.

ลงชื่อ.....

(นาย.....ส.ท.กสธ. ออมทรัพย์)

ลงชื่อ.....

กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ต้นสังกัด

(.....)



ตัวอย่าง

กระทรวงสาธารณสุข - ประทับตราโรงพยาบาล -

กสธท. 2

ใบรับรองแพทย์ (ส่วนที่ 2)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธท. ส่วนที่ 2

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อภิศร ออมทรัพย์สิน

เลขประจำตัวประชาชน 3 1 2 9 8 0 0 0 0 1 1 1 1 ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้

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

โรคประจำตัวอื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ อภิศร ออมทรัพย์สิน วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

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

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ตรวจร่างกายและสอบถามประวัติ นาย/นาง/นางสาว.....แล้ว มีรายละเอียดดังนี้

☐ (1) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

☐ (2) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน 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) โรคเบาหวานขึ้นรุนแรง ☐ 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) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) กสธท. จะไม่รับเป็นสมาชิก

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธท. กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก กสธท. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ตัวอย่าง

กสธท. 2

ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก กสธท. (ลำนที่ 2)

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด วันที่ 6 เดือน พ.ค. พ.ศ. 2568

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ด.หกรณ ออมทรัพย์สิน

เลขประจำตัวประชาชน 3 1298 00001 11 1 อายุ 43 ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก กสธท. 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 กสธท. 2 | ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ให้ กสธท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก กสธท. ตามระเบียบ กสธท. พ.ศ. 2566 ข้อ 14 (3) ได้ทันที และข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจาก กสธท. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามระเบียบ กสธท. ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ กสธท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....
(นายด.หกรณ ออมทรัพย์สิน)
(ผู้สมัครสมาชิก กสธท.)

* ผู้มีชื่อรับเงินของ ส.อ.ท. (คนใดคนหนึ่ง) เป็นผู้ลงชื่อ

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

* สุธรรณา ออมทรัพย์สิน
ลงชื่อ.....
(น.ส. สุธรรณา ออมทรัพย์สิน)
พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์