

เอกสารประกอบ

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



ใบเสร็จรับเงิน สสธท. เล่มที่ .....  
เลขที่ .....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ (วาระปกติ)

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....คู่สมรสชื่อ.....

(1)  สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์.....

อื่นๆ (ระบุ).....

(2) ตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

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

4.1 การชำระเงินครั้งแรก

ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท

ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า.....5,600... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....5,640...บาท ( ห้าพันหกร้อยสี่สิบบาทถ้วน )

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดที่สมาคมหรือศูนย์ประสานงานสมาคม

ชำระเงินเข้าบัญชีสมาคม ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเดอะคริสตัล ราชพฤกษ์ ชื่อบัญชี สมาคมฌาปนกิจ

สงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประเภทกระแสรายวัน (Bill Payment Pay- In Slip)

เลขที่บัญชี 468-0-39888-5

ชำระจากเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



## คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมโรงพยาบาลนิกกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

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

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

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

วันที่...../...../.....

## สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสช. และได้แนบหลักฐาน  
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ  
และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสช. ตามรอบการรับสมัคร หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

## ความเห็นของกรรมการ

- เสนอ  เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสช.  
 ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

## ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสช.

- คำสั่ง  อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสช. ตั้งแต่วันที่.....  
ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่ ...../ 25.....เมื่อวันที่.....  
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

### ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- นายกสมาคม สสช.  
 กรรมการ สสช. ปฏิบัติการแทน  
นายกสมาคม สสช.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



### ใบรับรองแพทย์

#### ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสทท.

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) ไม่เป็นผู้มีกายภาพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (2) ไม่มีจิตเพื่อนเพื่อน ไม่สมประกอบ
- (3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ 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 สสทท. 2 ไม่มี มี (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....  
 (.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล  
 (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย  
 (3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที  
 (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสทท. โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสท.

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 หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้ สสท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสท. ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2566 ข้อ 15(4) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ และขอสงวนสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสท. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....  
(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสท.)

ลงชื่อ.....  
(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....  
(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์



**หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์  
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกรวมมิตรออมทรัพย์สาธารณสุขุไทย**

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

1. สถานภาพ

โสด       สมรส คู่สมรสชื่อ.....  หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสรท. 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 สสรท.

(ลงชื่อ).....พยาน  
 (.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสรท.  
 (.....)

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกรุ่นออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสรท.)

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน  
เลขที่ [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....  
.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....  
จำกัด...หรือ.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน  
เลขที่ [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....  
.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นผู้ ( ) รับเงินค่าจัดการศพ ( ) รับเงินสงเคราะห์ ( ) อื่นๆ ที่พึงได้รับ  
แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ.....ที่มีต่อ  
สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้  
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / 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  
อำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

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