

เอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 7. กรณีสมัครประเภทบทบาทภารณ์ ต้องแนบสำเนา
บัตรพนักงานราชการ / ลูกจ้างชั่วคราว ในหน่วยงาน
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือรับรองสำเนา
- 8. กรณีสมัครสมัครต้องมีใบเสร็จรับเงินมาตรฐานท้าย



ใบเสร็จรับเงิน สสธท. เล่มที่

เลขที่

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ**สมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธท.)**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... นายสมชาย รักษาดีไทย(ผู้สมัคร) อายุ 50 ปี

เลขประจำตัวประชาชน 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 ก懿วันที่ 25.เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565

คู่สมรสชื่อ..... นางสาวสมศรี รักษาดีไทย

(1) สมาชิกสมบทของสหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์ 12345 พนักงานราชการ พกส. ลูกจ้างชั่วคราว เจ้าหน้าที่ สสธ/กสสธ. กรรมการ /ผู้ตรวจสอบฯ /เจ้าหน้าที่ ชสอ. คู่สมรส / บุตรของสมาชิก สสธ. ประกอบอาชีพ (โปรดระบุ) ระบุอาชีพ

2) ตำแหน่ง..... ข้อมูลผู้สมัคร หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำแหน่ง (แขวง)..... อำเภอ (เขต).....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

ระบุชื่อ - สกุล (นามสกุล)..... เลขสมาชิก สอ. เลขมาปนกิจ.....

(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..... 4,500... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน..... 4,540.... บาท (สี่พันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

 ชำระเป็นเงินสดที่สมาคมหรือศูนย์ประสานงานสมาคม ชำระเงินเข้าบัญชีสมาคม ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาบ้านแอนด์บียอน ราชพฤกษ์ ชื่อบัญชี สมาคม
มาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประเภทกระแสรายวัน (Bill Payment Pay- In Slip)

เลขที่บัญชี 468-0-39888-5

 ชำระจากเงินบั้นพล เนลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัดข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย และ มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ
และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการลงชื่อ..... สมชาย รักษาดีไทย ผู้สมัคร
(..... นายสมชาย รักษาดีไทย ..)



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาคมภาคปกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ให้ผู้ที่ สมัคร สำนัก รับรองให้ สมาชิกสมาคมภาคปกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์

สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....**นายสมชาย รักชาดิไทย** มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.2

ของสมาคมภาคปกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยทุกประการ

ลงชื่อ.....**ผู้รับรอง** ลงชื่อ.....**ผู้รับรอง**

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสธ. และได้แนบหลักฐาน
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าลงทะเบียนทั้งหมด ตามข้อบังคับ ระเบียบ
และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสธ. ตามรอบการรับสมัครสมาชิก หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ และแต่กรนี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

เสนอ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสธ.

ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสธ.

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสธ. ตั้งแต่วันที่.....

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่/ 25..... เมื่อวันที่.....

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

นายกสมาคม สสธ.

กรรมการ สสธ. ปฏิบัติการแทน

นายกสมาคม สสธ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



สสจ. 2

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสจ.

นายสมชาย รักษาดีไทย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ 50 ปี

เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□□□□□ ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้

โรคตามข้อ (3.1) – (3.9) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์ ไม่มี มี (ระบุ)

โรคประจำตัวอื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... นายสมชาย รักษาดีไทย, วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

โรงพยาบาลที่รับบริการ

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

ข้อมูลแพทย์ผู้รักษา

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ตรวจร่างกายและสอบประวัติ นาย/นาง/นางสาว..... นายสมชาย รักษาดีไทย, และ มีรายละเอียด ดังนี้

 (1) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ (2) ไม่มีจิตพิ亲เพื่อคน 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(ล่างไต) ไม่มี มี (ระบุ)(3.7) โรคเอเดส์ ไม่มี มี (ระบุ)(3.8) โรคตับแข็ง ไม่มี มี (ระบุ)(3.9) โรคเอสแอลเอ (SLE) ไม่มี มี (ระบุ)

(4) โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ..... ลงชื่อแพทย์ผู้รักษา

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชนหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรคตามข้อ (3) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายให้การสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสจ. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 เป็นต้นไป

ถ้อยแตลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสธ.



สสธ. 2

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... นายสมชาย รักษาติไทย

เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□ อายุ..... 50 ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสธ. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจดพิมพ์ 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) โรควันโรค | <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) โรคเอเดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.8) โรคตับแข็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.9) โรคเอสแอลเอ (SLE) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |

5. โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแตลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแตลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะ ให้ สสธ. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสธ. ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2564 ข้อ 15(4) ได้ทันที และข้าพเจ้าตกลงทั้งทายทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์ และใช้สิทธิ์ได้ ฯ และขอแสดงสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้า ไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นได้จาก สสธ. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตาม ข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสธ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้า จากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ..... สมชาย รักษาติไทย

นายสมชาย รักษาติไทย (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสธ.)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อผู้รับผลประโยชน์ได้

(.....)

พยาน/ผู้มีสิทธิ์รับเงินสงเคราะห์



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์

สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

นายสมชาย รักษาดีไทย อายุ 50 ปี เกิดวันที่ 25 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565
ข้าพเจ้า.....

สมาชิกสมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....
อยู่บ้านเลขที่ ที่อยู่ผู้สมัคร หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... มือถือ.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... นางสมศรี รักษาดีไทย หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสธ. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า
คือ..... นางสมศรี รักษาดีไทย เกี่ยวข้องเป็น..... ภรรยา ของข้าพเจ้า(10%ของเงินสงเคราะห์)
ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้ เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ
สัดส่วนที่ ต้องการแบ่งกี่ %

| | | |
|----------|------------------------------|---|
| 2.1..... | ชื่อผู้รับผลประโยชน์ คนที่ 1 | เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... 45 % |
| 2.2..... | ชื่อผู้รับผลประโยชน์ คนที่ 2 | เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... 45 % |
| 2.3..... | | เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... % |
| 2.4..... | | เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... % |
| 2.5..... | | เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... % |

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ห้ายันหนังสือนี้

สมชาย รักษาดีไทย
(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

นายสมชาย รักษาดีไทย
(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสธ.
(ลงชื่อ)..... พยาน พยาน
(.....)
(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ สสธ.
(.....)

**หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมกีฬาปืนกีฬาแห่งประเทศไทย (สสธ.)**

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... **ชื่อผู้รับผลประโยชน์คนที่ 1** ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ **□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □** ที่อยู่บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..... หมู่ที่
..... ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์ **สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น** จำกัด
หรือ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ **□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □** ที่อยู่บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..... **22/8-9**
หมู่ที่ **4** ซอย..... - ถนน..... - ตำบล(แขวง)..... **ในเมือง** อำเภอ(เขต)..... เมือง
จังหวัด..... ขอนแก่น รหัสไปรษณีย์..... **40000** โทรศัพท์บ้าน..... **043247520-1** โทรศัพท์มือถือ..... -
เป็นผู้() รับเงินค่าจัดการศพ () รับเงินสงเคราะห์() อื่นๆ ที่พึงได้รับ¹
แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวสำหรับหัวของ..... นายสมชาย รักษาดีไทร ที่มีต่อ²
สหกรณ์ออมทรัพย์ **สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น** จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว
(ลงชื่อ) **ผู้รับผลประโยชน์คนที่ 1** ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(ลงชื่อ) **ผู้รับผลประโยชน์คนที่ 2** ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
บัตรประชาชนเลขที่..... (ลงชื่อ) บัตรประชาชนเลขที่.....
(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
บัตรประชาชนเลขที่..... (ลงชื่อ) บัตรประชาชนเลขที่.....
(ลงชื่อ) ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ
บัตรประชาชนเลขที่..... (ลงชื่อ) ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ
อำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ) พยาน (ลงชื่อ) พยาน
(ผู้จัดการประจำศูนย์ประสานงาน) (เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ประสานงาน)