

เอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรประจำตัวประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 4. ในสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ที่ สสธ. กារหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินเดือนคงท้าย หรือ
- 7. กារเดินทางรักษาพยาบาลที่ต้องมีใบรับเงินเดือนคงท้าย หรือ
ใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด



ใบเสร็จรับเงิน สสธ. เล่มที่
เลขที่

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ (วาระปกติ)

สมาคมมาปันกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

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

1 สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์..... อื่นๆ (ระบุ).....2 ประกอบอาชีพ2.1 รับราชการ ดังนี้

- | | |
|---------------------------------------------------|----------------------|
| (1) <input type="checkbox"/> ข้าราชการ | ตำแหน่ง (ระบุ) |
| (2) <input type="checkbox"/> พนักงานราชการ | ตำแหน่ง (ระบุ) |
| (3) <input type="checkbox"/> สูงจังประจ้า | ตำแหน่ง (ระบุ) |
| (4) <input type="checkbox"/> พกส./ สูงจังชั่วคราว | ตำแหน่ง (ระบุ) |
| (5) <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ | |

2.2 ข้าราชการบำนาญ บำเหน็จ บำเหน็จรายเดือน2.3 เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์ ตำแหน่ง (ระบุ)

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตัวบล(แขวง)..... อ่าเภอ (เขต).....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

3 สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

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

ตัวบล(แขวง)..... อ่าเภอ(เขต)..... จังหวัด.....

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

4 การชำระเงิน ดังนี้

 ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท เงินลงทะเบียนที่ล่วงหน้า..... 5,600... บาท

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

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมมาปันกิจสังเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย และ มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)



ตราประทับ
สถานพยาบาล
ของรัฐ



สสสธ. 2

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสสธ.

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.....
ได้ตรวจสอบประวัติ รายละเอียด ดังนี้
 (1) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
 (2) ไม่มีจิตพิณเพื่อน ไม่สมประกอบ
(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| (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) โรควันโรค | <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(ลังไจ) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.7) โรคเออเดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.8) โรคตับแข็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.9) โรคเอดส์แอลอี (SLE) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสสธ. 2 | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ดูแลร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชนเหลือง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
 (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 (3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที
 (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็น
 สมาชิก สสสธ. โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ถ้อยແແລງແລະໃຫ້ກາຍິນຍອມຂອງຜູ້ສົມຈັດສາມາຊີກ ສສທຖ.

ଶତାବ୍ଦୀ. 2

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสธ. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
 - 2. ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
 - 3. ไม่มีจิตพันธุ์เพื่อน 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(ลังได) | <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 สสส.ท. 2 | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้าขออภัยนับว่าถ้อยแกลงที่ใหไวเปนความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแกลงข้อความอันเปนเท็จแลว ให สสธ. ตัดสิทธิจากการเปนสมาชิก สสธ. ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2567 ข้อ 15(4) ไดทันที และข้าพเจ้า ตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิและใชสิทธิได ๆ และขอสละสิทธิในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์ หรือเงินอื่นใดจาก สสธ. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสส. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้า จากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

คงที่ก็

(.....+.....+.....+.....)

(ដៃត្រួមគម្រោង សន្លាត.)

ຄົງກົມ

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสองคน



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์
สมาคมผาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย
เบียนที่.....
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสธ. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า
คือ..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า(10% ของเงินสงเคราะห์)
ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

- | | | |
|----------|---------------------|----------------------------|
| 2.1..... | เกี่ยวข้องเป็น..... | ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... % |
| 2.2..... | เกี่ยวข้องเป็น..... | ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... % |
| 2.3..... | เกี่ยวข้องเป็น..... | ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... % |
| 2.4..... | เกี่ยวข้องเป็น..... | ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... % |
| 2.5..... | เกี่ยวข้องเป็น..... | ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... % |

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน

อื่นๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำ
การใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสธ.

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ สสธ.
(.....)

**หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมมานปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธ.)**

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ชื่อเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน.....
 เลขที่ ที่อยู่บัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....
 ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
 ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....เจ้ากัด
 หรือ.....ชื่อเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
 เลขที่ ที่อยู่บัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....
 ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
 เป็นผู้() รับเงินค่าจัดการคพ () รับเงินสงเคราะห์() อื่นๆ ที่พึงได้รับ¹
 แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวช่วยเหลือช่วยเหลือ.....ที่มีต่อ
 สหกรณ์ออมทรัพย์.....เจ้ากัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำการใดกระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้
 เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นั้นว่ามีอ ไ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
 (.....) (.....)

บัตรประชาชนที่บัตรประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
 (.....) (.....)

บัตรประชาชนที่บัตรประชาชนเลขที่.....
 (ลงชื่อ)ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ
 (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นั้นว่ามีของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ
 อำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นั้นว่ามีต่อหน้าข้าพเจ้า

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