

โปรดเชิญตัวบ่งชี้และกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนช่อง

 เอกสารประจำ

(เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 เป็นต้นไป)

- 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
พร้อมรับรองสำเนา
- 2. สำเนาหนังสือสำคัญ กสธท. พร้อมรับรองสำเนา
- 3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
(ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กสธท.)
- 4. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)



เลขที่เบียนสมาชิก กสธท.

ใบสมัครสมาชิก (ล้านที่ 4)

กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)

เบียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

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

เลขประจำตัวประชาชน เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.1. เป็นสมาชิก กสธท. ล้านที่ 3 เลขที่เบียนที่..... สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด สมัครตรง กสธท.2. ประกอบอาชีพ2.1 เป็นสมาชิกประเภทสามัญ สสธ. หรือ สมทบสหกรณ์ออมทรัพย์ สสธ.2.1.1 รับราชการ ดังนี้

- (1) ข้าราชการ ตำแหน่ง (ระบุ)
- (2) สูงจ้างประจำ/พนักงานราชการ/สูงจ้างชั่วคราว/พกส. ตำแหน่ง (ระบุ)

2.1.2 ข้าราชการบำนาญ บำเหน็จ บำเหน็จรายเดือน2.1.3 เจ้าหน้าที่ สสธ. / กสธท. ตำแหน่ง (ระบุ)2.1.4 เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข / โรงพยาบาล ตำแหน่ง (ระบุ)2.1.5 กรรมการ / ผู้ตรวจสอบฯ / เจ้าหน้าที่ ชสอ. ตำแหน่ง (ระบุ)2.1.6 อื่นๆ (ระบุ)

2.2 เป็นสมาชิกประเภทสมทบ สสธ. ของสมาชิกประเภทสามัญ สสธ. ระบุชื่อ-สกุล.....

 คู่สมรส บุตร มีด้า มารดา อาชีพ (ระบุ)

3. สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

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

4. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.) ล้านที่ 4

5. การชำระเงินค่าสมัครแรกเข้าและค่าเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

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

6. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมอนุสัมพันธ์สิทธิ์ในการส่งเคลื่อนศพให้สหกรณ์ด้านสังกัด เพื่อช่วยเหลือข้าพเจ้า (กรณีสหกรณ์ด้านสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน) และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสธ.

7. ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ และประกาศของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามระเบียบและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

8. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่เคยมีประวัติการรักษาโรคตามใบรับรองแพทย์ ที่ กสธท. กำหนด) มาก่อนวันสมัคร ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 9.3 หากข้าพเจ้ารู้แล้วจะเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือ แกล้งข้อความนั้น เป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอม ให้ กสธท. ใช้สิทธิ์ตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ กสธท. ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 14 (1) (3) และ (7) ได้

ได้ตรวจสอบแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

เป็นสมาชิก สสธ. (ล้านที่ 1) เลขท.....
 เป็นสมาชิก กสธท. (ล้านที่ 2) เลขท..... และ
 เป็นสมาชิก กสธท. (ล้านที่ 3) เลขท..... จริง

ลงชื่อ..... กรรมการสหกรณ์เจ้าหน้าที่ด้านสังกัด

(.....)

(.....)

เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสธท.



ใบรับรองแพทย์ (ล้านที่ 4)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธท. ล้านที่ 4

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

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 มีรายละเอียดดังนี้

(1) ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

(2) ไม่มีจิตพันเพื่อน 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 (ถังได) ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.7) โรคเออดส์ ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.8) โรคตับแข็ง ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.9) โรคเอดส์แอลอี (SLE) ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ กสธท. 2

ไม่มี มี (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนบังคับใช้หนึ่ง จำกสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) กสธท. จะไม่รับเป็นสมาชิก

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



ถ้อยແຄລງແລະໄທກາຍິນຍອມຂອງຜູ້ສັມຄັດສາທິກ ກສທ. (ລ້ານທີ 4)

ເຂົ້ານທີ..... ວັນທີ.....ເດືອນ.....ພ.ສ.....

ໜ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ນາງ/ນາງສາວ.....

ເລກປະຈຳດ້ວຍປະຊານ ອາຍຸ..... ປີ

ໜ້າພເຈົ້າຂອ້າໃຫ້ປະວັດສຸຂພາພຂອງໜ້າພເຈົ້າເພື່ອປະກອບກາຮັດສາທິກ ກສທ. ດັ່ງນີ້

- 1. ມີສຸຂພາພແໜ້ງແຮງ
- 2. ໄມເປັນຜູ້ມີກາຍຫຼຸພພລກາພ ຈນໄມ້ສາມາດປັບປຸງບັດໜ້າທີ່ໄດ້
- 3. ໄມມີຈິຕິພື່ນເພື່ອນ ໄມ່ສົມປະກອນ

4. ປະວັດກາຮັດໂຄດຕ່ອໄປນີ້

- | | |
|---|--|
| (4.1) ໂຮມະເງົງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.2) ໂຮຄທັງໄຈ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.3) ໂຮຄວັນໂຮຄ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.4) ໂຮຄປອດເຮືອຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.5) ໂຮຄເບາຫວານຂັ້ນຽນແຮງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.6) ກາວະໄຕວາຍ (ລ້າງໄຕ) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.7) ໂຮຄເອດສ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.8) ໂຮຄຕັນແໜ້ງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.9) ໂຮຄເອສແອລອີ (SLE) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.10) ໂຮຄວ້າຍແຮງອື່ນໆ ທີ່ຄະນະກຽມກາຮ່າເຫັນວ່າອັນດຽຍ ຕາມປະກາສແນບທ້າຍຂອງ ກສທ. 2 | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |

ໜ້າພເຈົ້າຂອ້າໃນຢັ້ງວ່າດ້ວຍແຄລງທີ່ໄທໄວ້ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະກາຮ່າ ຫາກໜ້າພເຈົ້າແຄລງຂ້ອງຄວາມອັນເປັນເກີດແລ້ວ ໃຫ້ ກສທ. ດັດສິຖິຕິຈາກກາຮ່າເປັນສາທິກ ກສທ. ຕາມຮະບັບກສທ. ຂ້າ 14 (3) ໄດ້ທັນທີ ແລະ ໜ້າພເຈົ້າຂອ້າສະລະສິຖິຕິ ໃນການທີ່ຈະຮັບເງີນສົວສັດກາຮ່າສົງເກະຕົງກາຮ່າທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໜ້າພເຈົ້າເສີຍຫິນ ຮົມທັງໝົດ ໜ້າພເຈົ້າໄມ້ມີຄວາມຮັບຮັດກາຮ່າສົງເກະຕົງກາຮ່າທີ່ຈະຮັບເງີນສົວສັດກາຮ່າທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໜ້າພເຈົ້າເສີຍຫິນ ໂດຍໜ້າພເຈົ້າຍິນຍອມປົງປົກຕິດາມຮະບັບກສທ. ຖຸກປະກາຮ່າ

ໜ້າພເຈົ້າຍິນຍອມເປີດແຜຍປະວັດສຸຂພາພຂອງໜ້າພເຈົ້າ ໂດຍມອນໄຫ້ ກສທ. ຂອປະວັດກາຮັດຂອງໜ້າພເຈົ້າ ຈາກສຕານພຍານາລັກທີ່ເກີຍວ່າຈັດໄດ້

ลงชื่อ.....

(.....)

ຜູ້ສັມຄັດສາທິກ ກສທ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ພຍານ/ເຈົ້າທີ່ສູນຍົງປະສານງານ

ลงชื่อ.....

(.....)

ພຍານ/ຜູ້ມີຫຼືອັນເງີນສົວສັດກາຮ່າທີ່