

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรประชาชนสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. กรณีสมาชิกสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้าย หรือใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด

ตัวอย่าง

สสรท. 1



ใบเสร็จรับเงิน สสรท. เล่มที่...000001.....

เลขที่...000001.....

## ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ

## สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสรท.)

เขียนที่.....สสรท.....

วันที่.....1.....เดือน.....กุมภาพันธ์.....พ.ศ.....2563.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สมชาย.....รักษาดี.....อายุ.....43.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0 0

เกิดวันที่.....1.....เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ. ....2520.....คู่สมรสชื่อ.....นายมีใจ รักษาดี.....

(1)  สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขสมาชิก สอ. ..123456.....  
 อื่นๆ (ระบุ).....(2) ดำรงตำแหน่ง.....เจ้าพนักงานธุรการ.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....งานธุรการ.....  
สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....  
ตำบล (แขวง).....ตลาดขวัญ.....อำเภอ (เขต).....เมือง.....  
จังหวัด.....นนทบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....11000.....  
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....025552222.....(3) สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)  
บ้านเลขที่...55.....หมู่ที่.....1.....ซอย.....สวัสดิ์.....ถนน.....นางาม.....  
ตำบล(แขวง).....บางใหญ่.....อำเภอ(เขต).....เมือง.....จังหวัด.....นนทบุรี.....  
รหัสไปรษณีย์.....11400.....โทรศัพท์บ้าน...02-4475555.....โทรศัพท์มือถือ.....099-9980899.....

(4) การชำระเงิน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรก

 ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า.....4,000... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....4,040...บาท ( สี่พันสี่สิบบาทถ้วน )

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

 ชำระเป็นเงินสดที่สมาคมหรือศูนย์ประสานงานสมาคม ชำระเงินเข้าบัญชีสมาคม ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาบ้านแอนด์บียอน ราชพฤกษ์ ชื่อบัญชี สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประเภทกระแสรายวัน (Bill Payment Pay- In Slip)  
เลขที่บัญชี 468-0-39888-5 ชำระจากเงินปันผล เผลียดิน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....สมชาย...รักษาดี.....ผู้สมัคร  
(.....นายสมชาย...รักษาดี.....)

ตัวอย่าง



### คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า.....นางวงเดือน...สวຍงาม.....สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์  
สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว.....044455.....อยู่บ้านเลขที่.....48.....หมู่ที่.....6.....  
ต.รอก/ชอย.....-.....ถนน.....อิสรภาพ.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....บางเขน.....  
จังหวัด.....กรุงเทพ.....โทรศัพท์.....02-5520160.....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....สมชาย.....รักชาติ.....มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.  
ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยทุกประการ

ลงชื่อ...นางวงเดือน...สวຍงาม...ผู้รับรอง

วันที่...1../.ก.พ../.2563.....

### สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสช. และได้แนบหลักฐานประกอบ  
การสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคม  
ฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประกาศ สสช. เรื่องการรับสมัครสมาชิก สสช.  
หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

### ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

เสนอ  เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสช.

ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

### ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสช.

คำสั่ง  อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสช. ตั้งแต่วันที่.....

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

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

#### ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- นายกสมาคม สสช.  
 กรรมการ สสช. ปฏิบัติการแทน  
นายกสมาคม สสช.

ลงชื่อ.....

(.....)

.....





สสชท. 2

## ใบรับรองแพทย์

## ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสชท.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมชาย...รักษาติ.....เลขประจำตัวประชาชน 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0 0 ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้โรคตามข้อ (3.1) – (3.9) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์  ไม่มี  มี (ระบุ).....

โรคประจำตัวอื่นๆ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....นายสมชาย...รักษาติ.....วันที่.....1.....เดือน.....กุมภาพันธ์.....พ.ศ...2563.....

## ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....สถาบันบำราศนราดูร.....วันที่.....1.....เดือน.....กุมภาพันธ์.....พ.ศ...2563...

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....ชวลิต..เลิศประเสริฐ.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ว.051420.....

ได้ตรวจร่างกายและสอบถามประวัติ นาย/นาง/นางสาว.....สมชาย...รักษาติ.....แล้ว มีรายละเอียดดังนี้ (1) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ (2) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน 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) 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).....

(4) โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....ชวลิต..เลิศประเสริฐ.....

(.....นายแพทย์ชวลิต..เลิศประเสริฐ.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย สมาคมฯ จะไม่รับ

เป็นสมาชิก

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสชท. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2563 เป็นต้นไป



สสธท. 2

## ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสธท.

เขียนที่.....สสธท.....วันที่...1...เดือน.....กุมภาพันธ์.....พ.ศ...2563...

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมชาย...รักษาติ.....

เลขประจำตัวประชาชน [1][2][3][4][5][6][7][8][9][0][0][0][0] อายุ.....43.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสธท. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตพินเพื่อน ไม่สมประกอบ

### 4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- |                            |   |                             |             |
|----------------------------|---|-----------------------------|-------------|
| (4.1) โรคมะเร็ง            | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | (ระบุ)..... |
| (4.2) โรคหัวใจ             | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | (ระบุ)..... |
| (4.3) โรควัณโรค            | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | (ระบุ)..... |
| (4.4) โรคปอดเรื้อรัง       | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | (ระบุ)..... |
| (4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | (ระบุ)..... |
| (4.6) ภาวะไตวาย(ล้างไต)    | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | (ระบุ)..... |
| (4.7) โรคเอดส์             | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | (ระบุ)..... |
| (4.8) โรคตับแข็ง           | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | (ระบุ)..... |
| (4.9) โรคเอสแอลอี (SLE)    | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | (ระบุ)..... |

### 5. โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ให้สสธท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสธท. ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2563 ข้อ 15(4) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใด ๆ และขอสงวนสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสธท. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสธท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....สมชาย...รักษาติ.....

(.....นายสมชาย...รักษาติ.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสธท.)

ลงชื่อ.....ฟ้าใส...สวยงาม.....

(.....นางฟ้าใส...สวยงาม.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....จำเริญ...รักษาติ.....

(.....นางจำเริญ...รักษาติ.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์



ตัวอย่าง

สสชท. 3



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์  
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

เขียนที่.....สสชท.....

วันที่.....1.....เดือน.....กุมภาพันธ์.....พ.ศ.....2563.....

ข้าพเจ้า.....สมชาย.....รักษาติ.....อายุ.....42.....ปี เกิดวันที่.....1.....เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ.....2520.....

สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....

บ้านเลขที่.....55.....หมู่ที่.....1.....ซอย.....สวัสดิ์.....ถนน.....นางาม.....

ตำบล(แขวง).....บางใหญ่.....อำเภอ(เขต).....เมือง.....จังหวัด.....นนทบุรี.....

โทรศัพท์บ้าน.....02-4475555.....โทรศัพท์มือถือ.....099-9980899.....

## 1. สถานภาพ

 โสด  สมรส คู่สมรสชื่อ.....นางมีใจ...รักษาติ.....  หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสชท. พึ่งจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า

คือ.....นางรำไพ..รักษาติ.....เกี่ยวข้องเป็น.....มารดา.....ของข้าพเจ้า(10%ของเงินสงเคราะห์) ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

2.1.....นางรำไพ..รักษาติ.....เกี่ยวข้องเป็น.....มารดา.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน...45.....%

2.2.....นายสะอาด..รักษาติ.....เกี่ยวข้องเป็น.....บิดา.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน...45.....%

2.3.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.4.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.5.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไขดังนี้  ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว  ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ หายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....สมชาย.....รักษาติ.....ผู้ให้คำยินยอม

(.....นายสมชาย.....รักษาติ.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสชท.

(ลงชื่อ).....บุญชู..ดวงสว่าง.....พยาน

(.....นายบุญชู..ดวงสว่าง.....)

(ลงชื่อ).....ศรีอ่ำไฟ..มียา.....เจ้าหน้าที่ สสชท.

(.....นางสาวศรีอ่ำไฟ..มียา.....)

## หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสรท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....นางรำไพ...รักษาติ.....ซึ่งเป็นผู้ถือ  
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่  ที่อยู่ปัจจุบัน  
เลขที่.....55.....หมู่ที่.....1.....ซอย.....สวัสดิ์.....ถนน.....นางาม.....ตำบล(แขวง).....บางใหญ่.....  
อำเภอ(เขต) เมือง จังหวัด...นนทบุรี.. รหัสไปรษณีย์ 11400 โทรศัพท์บ้าน..0 2447..5555..โทรศัพท์มือถือ.....  
ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด  
หรือ.....นายมนตรี..มั่งคั่ง.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน  
เลขที่  ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่...100.....หมู่ที่.....1.....  
ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....ท่าทราย.....อำเภอ(เขต).....เมือง.....  
จังหวัด...นนทบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....11000..โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....  
เป็นผู้ ( ) รับเงินค่าจัดการศพ ( / ) รับเงินสงเคราะห์ ( ) อื่นๆ ที่พึงได้รับ  
แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ.....นายสมชาย..รักษาติ.....  
ที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์.....กรมอนามัย.....จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้  
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ) .....รำไพ...รักษาติ.....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....นางรำไพ...รักษาติ.....)

(ลงชื่อ) ..... สะอาด..รักษาติ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(..นายสะอาด..รักษาติ.....)

บัตรประชาชน.เลขที่...1234567891111.....

(ลงชื่อ) .....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ) ..... ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ) .....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ) .....มนตรี..มั่งคั่ง.....ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจ

(.....นายมนตรี..มั่งคั่ง.....) ประธานศูนย์ฯ สอ.กรมอนามัย จำกัด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและมอบ  
อำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ) .....วิทยา..รักษาติ.....พยาน

(.....นายวิทยา..รักษาติ.....)

(ลงชื่อ) .....ฟ้าใส..สายงาม.....พยาน

(.....นางสาวฟ้าใส..สายงาม.....)

(ผู้จัดการศูนย์ประสานงาน สอ.กรมอนามัย จำกัด)

(เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ประสานงาน สอ.กรมอนามัย จำกัด)