

## เอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 4. ใบสำคัญการปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ที่ สสธ. กำหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินเดือนคนละครึ่ง
- 7. กรณีสมาชิกนักศึกษา ต้องมีใบเสร็จรับเงินเดือนสุดท้าย หรือ ใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด



ใบเสร็จรับเงิน สสธ. เล่มที่ .....

เลขที่ .....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ (วาระปกติ)

## สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (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)  ข้าราชการ ตำแหน่ง (ระบุ) .....
- (2)  พนักงานราชการ ตำแหน่ง (ระบุ) .....
- (3)  ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง (ระบุ) .....
- (4)  พกส. / ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง (ระบุ) .....
- (5)  อื่นๆ ระบุ .....

2.2  ข้าราชการบำนาญ  บำเหน็จ  บำเหน็จรายเดือน2.3  เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์ ตำแหน่ง (ระบุ) .....

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

- |   |                 |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก     | เป็นเงิน 20 บาท |
| <input type="checkbox"/> ค่าบำรุงรายปี              | เป็นเงิน 20 บาท |
| <input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า..... | 5,600... บาท    |

รวมจำนวนครั้งนี้ เป็นเงิน..... 5,640.... บาท ( ห้ามหกร้อยสี่สิบบาทถ้วน )

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย และ มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)



### คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์  
สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว..... อายุบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... โทรศัพท์.....

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

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง  
วันที่..... /...../.....

### สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสธ. และได้แนบหลักฐาน  
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าส่งเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ  
และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสธ. ตามรอบการรับสมัคร หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....  
ตำแหน่ง.....

### ความเห็นของกรรมการ

- เสนอ  เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสธ.  
 ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

### ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสธ.

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

#### ผู้มีอำนาจจดหนังสือ (แล้วแต่กรณี)

- นายกสมาคม สสธ.  
 กรรมการ สสธ. ปฏิบัติการแทน  
นายกสมาคม สสธ.

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....



สสธ. 2

## ใบรับรองแพทย์

### ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสธ.

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) ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

(2) ไม่มีจิตพิ�เฟ่อน 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) โรคเอสแอลอี (SLE)  ไม่มี  มี (ระบุ) .....

(3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแบบท้ายของ สสธ. 2  ไม่มี  มี (ระบุ) .....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล  
(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย  
(3) หากพบว่าเป็นโรคตามข้อ (3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะทันที  
(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็น  
สมาชิก สสธ. โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ถ้อยແຄລງແລະ ໄທກາຍິນຍອມຂອງຜູ້ສັມຄັດສາມາຊີກ ສສທ.

ສສທ. 2

ເຂົ້າໃຈ.....ວັນທີ.....ເດືອນ.....ພ.ສ.....

ໜ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ນາງ/ນາງສາວ.....

ເລຂປະຈຳຕັ້ງປະຊານ ພົບໂທໂທໂທໂທໂທໂທໂທໂທໂທ ອາຍຸ.....ປີ

ໜ້າພເຈົ້າຂອໍໄທປະວັດສຸຂພາພຂອງໜ້າພເຈົ້າເພື່ອປະກອບກາຮສັມຄັດສາມາຊີກ ສສທ. ດັ່ງນີ້

- 1. ມີສຸຂພາພແຂ້ງແຮງ
- 2. ໄມເປັນຜູ້ມີກາຍຫຼຸພລກາພ ຈນໄມ່ສາມາດປັບປຸງຕິຫ້າກ໌ໄດ້
- 3. ໄມມີຈົດຝຶກ ໄມສົມປະກອບ

**4.ປະວັດກາຮຮັກຢາໂຮຄຕ່ອໄປນີ້**

- |  |  |
|--|--|
| (4.1) ໂຣຄະເຮັງ   | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.2) ໂຣຄ້ວາໃຈ   | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.3) ໂຣຄວັນໂຮຄ  | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.4) ໂຣຄປອດເຮືອຮັງ  | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.5) ໂຣຄເບາຫວານຂັ້ນຽນແຮງ  | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.6) ກວາະໄຕວາຍ(ລ້າງໄຕ)  | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.7) ໂຣຄເອດສີ   | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.8) ໂຣຄຕັບແຂ້ງ   | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.9) ໂຣຄເອສແລລື (SLE)   | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.10) ໂຣຄຮ່າຍແຮງອື່ນໆ ທີ່ຄະນະກາຮເຫັນວ່າອັນຕາຍ ຕາມປະກາດແນບທ້າຍຂອງ ສສທ. 2 | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |

ໜ້າພເຈົ້າຂອໍຍືນວ່າຄັ້ງຕ້ອຍແຄລງທີ່ໄທໄວ້ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະກາຮ ຫາກໜ້າພເຈົ້າແຄລງຂ້ອງຄວາມອັນເປັນເຖິງແລ້ວ ໃຫ້ ສສທ. ຕັດສີທີ່ຈະກາຮເປັນສາມາຊີກ ສສທ. ຕາມຂໍ້ອັນດັບສາມາດ พ.ສ. 2567 ຂໍອ 15(4) ໄດ້ທັນທີ ແລະ ໜ້າພເຈົ້າ ຕລອດທັງທ່າຍທ່ານ ອື່ນສົງເຄຣາທ່ານຂອງໜ້າພເຈົ້າຈະໄມ່ຂອ້ວນສີທີ່ແລະ ໃຊ້ສີທີ່ໄດ້ ແລະ ຂອສະສິທີ່ໃນກາຮ ທີ່ຈະຮັບເງິນສົງເຄຣາທ່ານຄອບຄວາມເວົ້າເພື່ອໜ້າພເຈົ້າເສີຍໜີວິຕ ຮຸມທັງໝົດ ໜ້າພເຈົ້າໄມ່ຕິດໃຈທີ່ຈະເຮີຍກ້ອງເງິນສົງເຄຣາທ່ານ ອື່ນເອີ້ນໄດ້ຈາກ ສສທ. ທັງສິ້ນ ໂດຍໜ້າພເຈົ້າຍິນຍອມປັບປຸງຕິດຕາມຂໍ້ອັນດັບສາມາດທຸກປະກາຮ

ໜ້າພເຈົ້າຍິນຍອມເປີດເພີຍປະວັດສຸຂພາພຂອງໜ້າພເຈົ້າ ໂດຍມອບໃຫ້ ສສທ. ຂອປະວັດກາຮຮັກຂອງໜ້າພເຈົ້າ ຈາກສຕານພຍາບາລທີ່ເກື່ອງຂອງໄດ້

ລັງຊື່.....

(.....)

(ຜູ້ສັມຄັດສາມາຊີກ ສສທ.)

ລັງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ເຈົ້າທີ່ຄູນຍົ່ງປະສານງານ

ລັງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ຜູ້ຍື່ອຮັບເງິນສົງເຄຣາທ່ານ



## หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์

### สมาคมมานะปันกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

สมาคมมานะปันกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย 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  ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสธ.

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ สสธ.

(.....)

**หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมนาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธ.)**

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน.....  
 เลขที่            ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่.....  
 ชอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....  
 ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด  
 หรือ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน  
 เลขที่           ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่.....  
 ชอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....  
 เป็นผู้( ) รับเงินค่าจัดการศพ ( ) รับเงินสงเคราะห์( ) อื่นๆ ที่พึงได้รับ<sup>1</sup>  
 แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ..... ที่มีต่อ<sup>2</sup>  
 สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด จนเสร็จการ  
 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้  
 เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทั้งสิ้น  
 เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว  
 (ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
 (.....) ..... (.....)  
 (ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
 (.....) ..... (.....)  
 บัตรประชาชน.เลขที่ ..... บัตรประชาชน.เลขที่ .....  
 (ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
 (.....) ..... (.....)  
 บัตรประชาชน.เลขที่ ..... บัตรประชาชน.เลขที่ .....  
 (ลงชื่อ) ..... ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ  
 (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า  
 (ลงชื่อ) ..... พยาน (ลงชื่อ) ..... พยาน  
 (.....) ..... (.....)



## หนังสือรับทราบ การได้รับสิทธิและความคุ้มครองของสมาคมหรือกองทุน

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี ได้ชำระค่าสมัครสมาคมหรือ  
กองทุน.....จำนวน.....บาทเรียบร้อยแล้ว และยินยอมให้  
ทางศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประเสริฐ อุบลราชธานี จำกัด สมาคมสมาชิก  
ในระบบสมาคมหรือกองทุน ในวันที่.....

ข้าพเจ้ารับทราบว่าอยู่ในช่วงระยะเวลาครอบครอง ข้าพเจ้าจะได้รับสิทธิและความคุ้มครองต่อเมื่อทาง  
สมาคมหรือกองทุนอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

...../...../.....