

เอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรประจำตัวประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ที่ สสธ. กำหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านซึ่งรับเงินสงเคราะห์
- 7. กรณีสมัครประเภทสมาชิกสหกรณ์ ต้องแนบสำเนาบัตรพนักงานราชการ / ลูกจ้างชั่วคราว ในหน่วยงานสังกัดของสหกรณ์ที่ออกบัตร
- 8. กรณีสมัครสมาชิกสหกรณ์ ต้องมีใบเสร็จรับเงินมาด้วยท้ายหรือ ใบรับรองของสหกรณ์ทันหลังกัด



ใบเสร็จรับเงิน สสธ. เล่มที่

เลขที่

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมบูรณ์ (วาระปกติ)

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ

คู่สมรสชื่อ.....

1 สมาชิกสมบูรณ์ของสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์.....

2 ประกอบอาชีพ

2.1 พนักงานราชการ ตำแหน่ง (ระบุ) พกส. / ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง (ระบุ)2.2 เจ้าหน้าที่ สสธ./กสธ. ตำแหน่ง (ระบุ)2.3 กรรมการ /ผู้ตรวจสอบฯ /เจ้าหน้าที่ ชสอ. ตำแหน่ง (ระบุ)2.4 คู่สมรส บุตรของสมาชิก สสธ. ตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 ข้อ 10.1 (2) ข้อ 10.2 (1) ข้อ 10.2 (2) อาชีพ (ระบุ)2.5 มิได้ มารดา ของสมาชิก สสธ. ตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 ข้อ 10.1 (2) ข้อ 10.2 (1) ข้อ 10.2 (2) อาชีพ (ระบุ)2.6 อื่นๆ (ระบุ)

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน ตำบล (แขวง)

อำเภอ (เขต) จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)

เป็นสมาชิกสมบูรณ์ของสมาชิกสามัญ (ระบุชื่อ – สกุล)

เลขสมาชิก สอ. เลขฌาปนกิจ

3 สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง)

อำเภอ(เขต) จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน/มือถือ

4 การชำระเงิน ดังนี้

 ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 5,600 บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 5,640 บาท (ห้าพันหกร้อยสิบบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย และ มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

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

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว..... มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.2
ของสมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยทุกประการ

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

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสธ. และได้แนบหลักฐาน
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสังเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ
และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสธ. ตามรอบการรับสมัครสมาชิก หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ และแต่กรณี

ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

เสนอ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสธ.
 ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

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) ไม่เป็นผู้มีภาระทางทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
 (2) ไม่มีจิตฟันเฟือง ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งที่

- | | |
|---|---|
| (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) โรควัณโรค | <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(ลังไถ) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.7) โรคเอดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.8) โรคตับแข็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.9) โรคเอสแอลอี (SLE) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสธ. 2 | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

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



ถ้อยແດລງແລະ ໄທກາຣຍິນຍອມຂອງຜູ້ສມັກສາຊີກ ສສທ.

ສສທ. 2

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

ໜ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ນາງ/ນາງສາວ.....

ເລຂປະຈຳຕັ້ງປະຊານ ພົບໂປ່ງໂປ່ງໂປ່ງໂປ່ງໂປ່ງໂປ່ງໂປ່ງ ອາຍຸ..... ປີ

ໜ້າພເຈົ້າຂອໍໃຫ້ປະຈຸບັດສູງພາພຂອງໜ້າພເຈົ້າເພື່ອປະກອບກາຮສມັກສາຊີກ ສສທ. ດັ່ງນີ້

- 1. ມີສູງພາພແຂງແຮງ
- 2. ໄມເປັນຜູ້ມີກາຍຖຸພລກາພ ຈນໄມ່ສາມາດປັບປຸງບົດທັກທີໄດ້
- 3. ໄມມີຈິຕິພື້ນເພື່ອນ ໄມ່ສົມປະກອບ

4.ປະຈຸບັດສູງໂຄດຕ່ອໄປນີ້

- | | |
|---|--|
| (4.1) ໂຮມະເຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.2) ໂຮມໜ້າໃຈ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.3) ໂຮມວັນໂຮຄ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.4) ໂຮມປອດເຮືອຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.5) ໂຮມເບາຫວານຂັ້ນຮຸນແຮງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.6) ກວະໄຕວາຍ(ລ້ຳໄຕ) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.7) ໂຮມເອດສີ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.8) ໂຮມຕັບແຂງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.9) ໂຮມເອສແອລອີ (SLE) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |
| (4.10) ໂຮມຮ້າຍແຮງອື່ນໆ ທີ່ຄະນະການກາຮເຫັນວ່າອັນຕາຍ ຕາມປະກາສແນບທ້າຍຂອງ ສສທ. 2 | <input type="checkbox"/> ໄມ່ <input type="checkbox"/> ມື (ຮະບຸ)..... |

ໜ້າພເຈົ້າຂອໍຍັນວ່າດ້ວຍແດລງທີ່ໄທໄວ້ເປັນຄວາມຈົງທຸກປະການ หากໜ້າພເຈົ້າແດລງຂ້ອງຄວາມອັນເປັນເທົ່າລົ້ວ ໃຫ້ ສສທ. ຕັດສີທີ່ຈາກການເປັນສາຊີກ ສສທ. ຕາມຂ້ອນບັນດັບສາມາດ พ.ສ. 2567 ຂ້ອ 15(4) ໄດ້ທັນທີ ແລະ ໜ້າພເຈົ້າ ຕລອດທັງໝາຍຫາກ ຫຼື ຜູ້ຮັບເງິນສົງເຄຣະທີ່ຂອງໜ້າພເຈົ້າ ຈະໄມ່ຂອ້ມຮັບສີທີ່ ແລະ ໄຊສີທີ່ ໄດ້ ແລະ ຂອສລະສີທີ່ ໃນການທີ່ຈະ ຮັບເງິນສົງເຄຣະທີ່ ຄວບຄົວມີ້ອ້າງໜ້າພເຈົ້າເສີຍຊື່ວິຕ ຮວມທັງ ໜ້າພເຈົ້າໄມ່ຕິດໃຈທີ່ຈະເຮົາກ່ອງເງິນສົງເຄຣະທີ່ ຫຼື ເງິນອື່ນໄດ້ຈາກ ສສທ. ທັ້ງສິ້ນ ໂດຍໜ້າພເຈົ້າຍິນຍອມປົງປັງຕິດາມຂ້ອນບັນດັບສາມາດທຸກປະການ

ໜ້າພເຈົ້າຍິນຍອມເປີດແຜຍປະຈຸບັດສູງພາພຂອງໜ້າພເຈົ້າ ໂດຍມອບໃຫ້ ສສທ. ຂອປະຈຸບັດສູງພາພຂອງໜ້າພເຈົ້າ ຈາກສຕານພຍາບາລທີ່ເກີ່ມຂຶ້ນໄດ້

ລັງຊື່.....

(.....)

(ຜູ້ສມັກສາຊີກ ສສທ.)

ລັງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ເຈົ້າທີ່ສູນຍົບປະສານງານ

ລັງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ຜູ້ມີຊື່ຮັບເງິນສົງເຄຣະທີ່



**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 ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน

อื่นๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือฉบับนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสธ.

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ สสธ.

(.....)

**หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมนาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธ.)**

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน.....

เลขที่ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่.....

ชื่อ..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....

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

ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด

หรือ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่.....

ชื่อ..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....

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

เป็นผู้() รับเงินค่าจัดการศพ () รับเงินสงเคราะห์() อื่นๆ ที่พึงได้รับ

แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ..... ที่มีต่อ
สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

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 และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ
ทำงานจริงและได้ลงลายมือชื่อ / 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

(.....)

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