

โปรดเขียนตัวบัตรจะและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง

เอกสารประกอบ

(เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2567 เป็นต้นไป)

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



เลขทบ. เบี้ยนสมาชิก กสธ.

ใบสมัครสมาชิก (ล้านที่ 2)

กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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

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

1. เป็นสมาชิก สสธ. เลขทบ. เบี้ยนที่..... สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด สมัครตระก. กสธ.

2. ประกอบอาชีพ

2.1 เป็นสมาชิกประเภทสามัญ สสธ. หรือ สมทบสหกรณ์ออมทรัพย์ สสธ.

2.1.1 รับราชการ ดังนี้

- (1) ข้าราชการ ตำแหน่ง (ระบุ)
- (2) ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างชั่วคราว/พกส. ตำแหน่ง (ระบุ)

2.1.2 ข้าราชการบำนาญ บำเหน็จ บำเหน็จรายเดือน

2.1.3 เจ้าหน้าที่ สสธ. / กสธ. 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 อาชีพ (ระบุ)

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

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

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

4. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.) ล้านที่ 2

5. การชำระเงินค่าสมัครแรกเข้าและค่าเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

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

ในกรณีที่สมัครavarะพิเศษ เงินสมทบฯ จำนวน..... บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น..... บาท

6. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ต้นสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า (กรณีสหกรณ์ต้นสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน) และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสธ.

7. ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ และประกาศของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามระเบียบและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

8. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่เคยมีประวัติการรักษาโรคตามใบรับรองแพทย์ ที่ กสธ. กำหนด) มา ก่อนวันสมัคร ตามระเบียบ กสธ. ข้อ 9.3 หากข้าพเจ้ารู้แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือ แหล่งข้อมูลนั้น เป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอม ให้ กสธ. ใช้สิทธิ์ตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ กสธ. ตามระเบียบ กสธ. ข้อ 14 (1) (3) และ (7) ได้

ได้ตรวจสอบแล้ว

เป็นสมาชิก สสธ. ทะเบียนเลขที่..... จริง

(.....)

เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสธ.

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ..... กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ต้นสังกัด

(.....)



ใบรับรองแพทย์ (ล้านที่ 2)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธท. ล้านที่ 2

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.....

ได้ติดตราจารึกอย่างถาวรสอดประวัติ นาย/นาง/นางสาว..... แล้ว มีรายละเอียดดังนี้

- (1) ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
 (2) ไม่มีจิตพิณเพื่อน 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) โรคเบาหวานขันรุนแรง ไม่มี มี (ระบุ)

(3.6) ภาวะไตวาย (ล่างไต) ไม่มี มี (ระบุ)

(3.7) โรคเอเดส ไม่มี มี (ระบุ)

(3.8) โรคตับแข็ง ไม่มี มี (ระบุ)

(3.9) โรคเอสแอลอี (SLE) ไม่มี มี (ระบุ)

(3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแบบท้ายของ กสธท. 2

ไม่มี มี (ระบุ)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชนหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) กสธท. จะไม่รับเป็นสมาชิก
(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธท. กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก กสธท. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ถ้อยແຄລງແລະໃຫ້ກາຍິນຍອມຂອງຜູ້ສັມຄຣສມາຊີກ ກສທ. (ລ້ານທີ 2)

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

ຂ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ນາງ/ນາງສາວ.....

ເລກປະຈຳຕົວປະຊາຊົນ ອາຍຸ.....ປີ

ຂ້າພເຈົ້າຂອ້າໄຫ້ປະວັດສຸຂພາພຂອງຂ້າພເຈົ້າເພື່ອປະກອບກາຮັດສັມຄຣສມາຊີກ ກສທ. ດັ່ງນີ້

- 1. ມີສຸຂພາພເຂົ້າແຮງ
- 2. ໄມ່ເປັນຜູ້ມີກາຍຖຸພລກາພ ຈະໄມ່ສາມາດປົງປັດທຳທີ່ໄດ້
- 3. ໄມ່ມີຈິຕິພື້ນເຝືອນ ໄມ່ສົມປະກອບ

4. ປະວັດກາຮັດສັມຄຣຕ່ອໄປນີ້

- | | |
|--|--|
| (4.1) ໂຮມະເຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.2) ໂຮມໜ້າໃຈ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.3) ໂຮວັນໂຮຄ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.4) ໂຮປອດເວື້ອຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.5) ໂຮບາຫວານຂັ້ນຽນແຮງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.6) ກາວະໄຕວາຍ (ລ້າງໄຕ) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.7) ໂຮເອດສີ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.8) ໂຮຕັບແຂງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.9) ໂຮເອສແລລວີ (SLE) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.10) ໂຮຮ້າຍແຮງອື່ນໆ ທີ່ຄະນະກຽມກາຮ້າເຫັນວ່າອັນດຽຍ ຕາມປະກາສແນບທ້າຍຂອງ ກສທ. 2 | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບູ).....

ຂ້າພເຈົ້າຂອ້າຍືນຍັນວ່າຄື່ອງແຄລງທີ່ໃຫ້ໄວ້ເປັນຄວາມຈົງທຸກປະການ ຫາກຂ້າພເຈົ້າແຄລງຂ້ອງຄວາມອັນເປັນເຖິງແລ້ວ ໃຫ້ ກສທ. ຕັດສິທິ່ຈາກການເປັນສັມຄຣສ ກສທ. ຕາມຮະບັບກສທ. ຂໍ 14 (3) ໄດ້ທັນທີ ແລະຂ້າພເຈົ້າຂອ້າສະລະສິທິ່ ໃນການທີ່ຈະຮັບເງິນສັວສົດກາຮັດສົງເຄຣະໜ້າຮ່ວມມືກ່ຽວຂ້ອງຂ້າພເຈົ້າເສີຍໜີວິດ ຮົມທັ້ງ ຂ້າພເຈົ້າໄມ່ຕິດໃຈທີ່ຈະເຮັດວຽກ ເງິນສັວສົດກາຮັດສົງເຄຣະໜ້າຮ່ວມມືກ່ຽວຂ້ອງເງິນອື່ນ ໄດ້ຈາກ ກສທ. ທັ້ງສິ້ນ ໂດຍຂ້າພເຈົ້າຍິນຍອມປົງປັດຕາມຮະບັບກສທ. ຖຸກປະການ

ຂ້າພເຈົ້າຍິນຍອມເປີດເພຍປະວັດສຸຂພາພຂອງຂ້າພເຈົ້າ ໂດຍມອບໃຫ້ ກສທ. ຂອປະວັດກາຮັດສົງຂອງຂ້າພເຈົ້າ ຈາກສຕານພຍາບາລທີ່ເກີຍວ່າຂອງໄດ້

ลงชື່ອ.....

(.....)

ຜູ້ສັມຄຣສມາຊີກ ກສທ.

ลงชື່ອ.....

(.....)

ພຍານ/ເຈົ້າທີ່ຄູນຢູ່ປະສານງານ

ลงชື່ອ.....

(.....)

ພຍານ/ຜູ້ມີຫຼື້ອັນເງິນສັວສົດກາຮັດສົງເຄຣະໜ້າ