

## เอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรประจำตัวประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
- 5. ใบจดแจ้งแพทย์บัญชีจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินลงทะเบียน
- 7. กก.เงินมาซึ่งมีผลการดูแลนักสักด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งของศูนย์ฯ



เลขประจำตัวสมาชิก สสธก. ....

## ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ

## สมาคมฌาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธก.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน           

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. .... คุณสมรสชื่อ.....

(1)  สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขทะเบียนที่..... อื่นๆ (ระบุ).....

(2) ตำแหน่ง..... หรือปฎิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำแหน่ง (แขวง)..... อำเภอ (เขต).....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

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

(4) การชำระเงิน ดังนี้

## 4.1 การชำระเงินครั้งแรก

- ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท
- ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท
- เงินลงทะเบียนหลังหน้า..... 4,000... บาท

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

## 4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินลงทะเบียนสหกรณ์ออมทรัพย์ ดังนี้

- ชำระเงินเดือนละ จำนวน.....

- ชำระเงินเข้าบัญชีสมาคม ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาไฮม์เวิร์ค ราชพฤกษ์ ชื่อบัญชี สมาคม

ฌาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประเภทกระแสรายวัน (Bill Payment Pay-In Slip)

เลขที่บัญชี 468-0-39888-5

- ชำระจากเงินบัญชี แล้วล้างบัญชี

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระบบที่ ข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขไทย และ มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

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

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว..... มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 9 ของ  
สมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง

วันที่...../...../.....

**สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์**

ตราจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสชท. และได้แนบทลักษณ์ประกอบ  
การสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินดำเนินค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคม  
มาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประกาศ สสชท. เรื่องการรับสมัครสมาชิก สสชท.  
หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

**ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์**

- เสนอ  เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสชท.  
 ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

**ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสชท.**

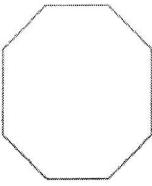
- คำสั่ง  อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสชท. ตั้งแต่วันที่.....  
ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่ ...../25..... เมื่อวันที่.....  
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

- |   |
|---|
| ผู้มีอำนาจออกมติ (แล้วแต่กรณี)<br><input type="radio"/> นายกสมาคม สสชท.<br><input type="radio"/> กรรมการ สสชท. ปฏิบัติการแทน<br>นายกสมาคม สสชท. |
|---|

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



สสจ. 2

## ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / 医師 ผู้.......

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว..... อายุ..... ปี  
ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีภาระทางแพนธ์โนมูล จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ใช่ความสามารถ หรือจิตพิณ์เพื่อนไม่สมประกอบและ  
ปราศจากประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(1) โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ

(2) โรคหัวใจ

(3) โรควัณโรคในระยะอันตราย

(4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง

(5) โรคภูมิคุ้มกันมากพร่อง

ดูปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ( ) สุขภาพแข็งแรง

( ) อื่น ๆ ระบุ .....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนบังจุ้นชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วย  
สถานพยาบาล

(2) แพทย์สรุปความว่าเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรืออื่น ๆ ระบุโรค.....

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(4) หากพบว่าเป็นโรค ตาม (1) - (5) หรือโรคอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย  
สมควรจะไม่รับเป็นสมาชิก

(5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯกำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัคร  
เป็นสมาชิก สสจ. เวลาใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2558 เป็นต้นไป

เรียน นายกสมาคมฯ ประธานเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหาร สำนักงานสาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ  
ตาม (1) - (5) หากข้าพเจ้าอยู่แล้วจะเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแกล้งข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ สสจ.  
ใช้ที่ดินของข้าพเจ้าเพื่อสมาชิกภาพ สสจ. ตามข้อบังคับ ข้อ 9.1 (4) และ ข้อ 9.2 (6) และข้อ 14(4) ได้  
ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... (ผู้สมัครสมาชิก สสจ.)

ตัวบรรจง(.....)



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์  
สมาคมภานุกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

เบียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....  
สมาคมภานุกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....  
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์..... มือถือ.....

## 1. สถานภาพ

โสด       สมรส คู่สมรสชื่อ.....  หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสจก. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า  
คือ..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า (10% ของเงินสงเคราะห์)  
จำนวนที่เหลือมอบให้บุคคล 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.....

ดังนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสจก.

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ สสจก.

(.....)

**หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมนาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขไทย (สสอท.)**

เจียนที่.....  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ชื่อเป็นผู้ดือบัตรประจำตัวประชาชน  
เลขที่             ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....  
ชื่อ..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต)..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....  
ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด...  
หรือ..... ชื่อเป็นผู้ดือบัตรประจำตัวประชาชน  
เลขที่           ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....  
ชื่อ..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต)..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....  
เป็นผู้( ) รับเงินค่าจัดการศพ ( ) รับเงินสงเคราะห์( ) อีนๆ ที่พึงได้รับ<sup>ก</sup>  
แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวมาใช้ในวัน..... ที่มีต่อ<sup>ก</sup>  
สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอันติดขอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำการไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้ เมื่อว่า  
ข้าพเจ้าได้กระทำการดังนี้

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์ที่ไม่มีอ ไวน์เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
(.....)  
(ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
(.....)  
บัตรประชาชน.เลขที่..... บัตรประชาชน.เลขที่.....  
(ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
(.....)  
บัตรประชาชน.เลขที่..... บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ  
(.....)  
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์ที่ไม่มีอ ไวน์ของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ ขณะที่รับยินยอมและรับมอบอำนาจชั่ว<sup>ก</sup>  
และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์ที่ไม่มีต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ) ..... พยาน (ลงชื่อ) ..... พยาน  
(.....) ..... (.....)

ตัวอย่างการกรอก  
หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมอาชีวศึกษาชีวภาพไทย (สสธ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..(ภายใต้ตามข้อ 2.1 ในหนังสือแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์)..ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน  
เลขที่             ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....  
ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....  
ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด...  
หรือ.....(ตัวแทนที่สหกรณ์มอบหมายให้ทำการแทน).....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่           ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....  
ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....  
เป็นผู้( )รับเงินค่าจัดการศพ ( ) รับเงินสงเคราะห์( ) อื่นๆ ที่พึงได้รับ<sup>1</sup>  
แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชาระหนี้ของ.....(ผู้สมควรที่เป็นสมาชิก สสธ.).....ที่มีต่อ<sup>2</sup>  
สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและรับมอบอำนาจนี้ เสมือนว่า  
ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตระหนักรู้

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

( ลงชื่อ ) .....(ภายใต้ตามข้อ 2.1).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
(.....)

( ลงชื่อ ) .....(ภายใต้ตามข้อ 2.2).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ ( ลงชื่อ ) .....(ภายใต้ตาม ข้อ 2.4).....ผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจ  
(.....) (.....)

บัตรประจำตัว.....บัตรประจำตัว.....

( ลงชื่อ ) .....(ภายใต้ตาม ข้อ 2.3).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ ( ลงชื่อ ) .....(ภายใต้ตาม ข้อ 2.5).....ผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจ  
(.....) (.....)

บัตรประจำตัว.....บัตรประจำตัว.....

( ลงชื่อ ) .....สหกรณ์หรือตัวแทนสหกรณ์.....ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ  
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจจริง  
และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

( ลงชื่อ ) .....ผู้สมัครสมาชิก สสธ.....พยาน ( ลงชื่อ ) .....พยาน  
(.....) (.....)