

โปรดเขียนตัววรจและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง

เอกสารประกอบ

(เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2560 เป็นต้นไป)

- 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา
- 2. สำเนาหนังสือสำคัญ สสธท. พร้อมรับรองสำเนา
- 3. ในรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
(ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กสธท.)



เลขทะเบียนสมาชิก กสธท.

ใบสมัครสมาชิก

กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

1. เลขทะเบียนสมาชิก กสธท. ที่..... สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด สมัครตรง กสธท.

เป็นสมาชิกสามัญ สสธท. เป็นเจ้าหน้าที่ กสธท. เป็นเจ้าหน้าที่/คณะกรรมการ ชสอ.

เป็นสมาชิกสมทบ สสธท. () คู่สมรส () บุตร

2. สถานะดิตต่อที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

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

3. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)

4. การชำระเงินค่าสมัครและเบี้ยประกัน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรกเริ่มสมัคร เป็นเงิน..... บาท (ค่าสมัคร 100 บาท และเบี้ยประกัน..... บาท)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินเบี้ยประกันต่ออายุ กสธท. ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดที่ กสธท. หรือศูนย์ประสานงาน กสธท.

นำชำระเอง / โอนเข้าระบบ KTB teller payment ของธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี ชื่อบัญชี กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขที่บัญชี 108-6-09065-9 ค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท (รหัสหน่วยงาน/ Company code : 92778)

ชำระจากเงินบั้นผล เนื้อเยื่อคืน จากสหกรณ์ดันสังกัด

5. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ดันสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า (กรณีสหกรณ์ดันสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน) และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสธท.

6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า เมื่อคณะกรรมการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ทุกประการ และจะส่งเสริม สนับสนุน กสธท. ให้เจริญรุ่งเรือง ยิ่งๆ ขึ้นไป

7. ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่ป่วยเป็นโรคระยะทุกชนิด ทุกระยะ เป็นต้น) ณ วันสมัคร ตามข้อบังคับ 9(2) หากข้าพเจ้ารู้แล้วล่วงเว้นเสียไม่ได้เผยแพร่ข้อความจริง หรือแกล้งข้อความนั้น เป็นความทึ่งข้าพเจ้ายินยอมให้ กสธท. ใช้สิทธิตั้งรายชื่อพั้นสมาชิกภาพ กสธท. ตามข้อบังคับข้อ 14(1)(3) ได้

ได้ตรวจสอบแล้ว

เป็นสมาชิก สสธท. ทะเบียนเลขที่..... จริง

(.....)

เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสธท.

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)

ลงชื่อ..... กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ดันสังกัด
(.....)

ความเห็นของกรรมการกองทุนฯ พิจารณารับเป็นสมาชิก () อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

อาศัยข้อบังคับกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย พ.ศ. 2560 ข้อ 43 ตามมติที่ประชุมครั้งที่..... วันที่.....

ลงชื่อ..... ประธานกองทุนฯ / หรือผู้ได้รับมอบหมาย

(.....)



กสธ. 2

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / 医師 หงษ์.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการสอนประวัติและตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว..... อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน ปราบภร
นาย / นาง / นางสาว.....

- (1) มีสุขภาพแข็งแรง

- (2) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

- (3) ไม่มีจิตพิรุณ เชื่อฟัน ไม่สมประกอบ

(4) ไม่มีประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- (4.1) โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ

- (4.2) โรคหัวใจ

- (4.3) โรควัณโรคทุกชนิด

- (4.4) โรคปอด

- (4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง

- (4.6) โรคไตวายทุกระยะ

- (4.7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

- (4.8) โรคตับแข็ง

(5) มีโรครายแรงอื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (4) (5) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

กองทุนฯ จะไม่รับเป็นสมาชิก

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่กองทุนฯกำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัคร

เป็นสมาชิก กสธ. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 เป็นต้นไป

เรียน ประธานกรรมการกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคตาม

ข้อ (4) (5) และยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ กสธ. ขอประวัติการรักษาในสถานพยาบาล
ที่เกี่ยวข้องได้ หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วและเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแกล้งข้อความนั้นเป็นความเท็จ ให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มี
สมาชิกภาพ กสธ. มาตั้งแต่เดือน ตามข้อบังคับข้อ 14(1) (3) ได้

(ลงชื่อ)..... (ผู้สมัครสมาชิก กสธ.)

ตัวบรรจง(.....)