

| |
|---|
| โปรดเขียนตัวบரุงและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนช่อง |
| เอกสารประกอบ (เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 เป็นต้นไป) |
| <input type="checkbox"/> 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา |
| <input type="checkbox"/> 2. สำเนาหนังสือสำคัญ สสธ. พร้อมรับรองสำเนา |
| <input type="checkbox"/> 3. ในรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน (ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กสธท.) |



เลขทะเบียนสมาชิก กสธท.

ใบสมัครสมาชิก (ล้านที่ 3)

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 สสธ. และ กสธท. ล้านที่ 2 เป็นเจ้าหน้าที่ กสธท./สสธ. เป็นกรรมการ/ผู้ตรวจสอบกิจการ/เจ้าหน้าที่ ชสอ. เป็นสมาชิกสหกรณ์ ล้านที่ 2 (ประเภทสหกรณ์ออมทรัพย์) ที่เป็นพนักงานราชการ/พกส./
ลูกจ้างชั่วคราว ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นสมาชิกสหกรณ์คู่สมรส/สหกรณ์บุตร สสธ. และ กสธท. ล้านที่ 2 ที่ประกอบอาชีพ (ประดิษฐ์).....
ยกเว้นอาชีพเกษตรกร และผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพ

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

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

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

3. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.) ล้านที่ 3

4. การชำระเงินค่าสมัครและเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

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

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักชำระเงินเบี้ยประกันต่ออายุ กสธท. ล้านที่ 3 ดังนี้

 ชำระเป็นเงินสดที่ กสธท. หรือศูนย์ประสานงาน กสธท. นำชำระเอง / โอนเข้าระบบ KTB teller payment ของธนาคารกรุงไทย สาขาหนองบุรี ชื่อบัญชี กองทุน
สวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย รหัสหน่วยงาน/Company Code : 92778 ค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท ชำระจากเงินบัตรกด เลี้ยงคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด5. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ต้นสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า (กรณีสหกรณ์ต้น
สังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน) และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสธ.6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า เมื่อคณะกรรมการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบและประกาศของ
กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ทุกประการ และจะส่งเสริม สนับสนุน กสธท. ให้เจริญรุ่งเรืองยิ่งๆ ขึ้นไป7. ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่เดยมีประวัติ
การรักษาโรคตามใบรับรองแพทย์ที่ กสธท. กำหนด) มา ก่อนวันสมัคร ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 9.3 หากข้าพเจ้ารู้แล้วเลี้นเสีย
ไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแกล้งข้อความนั้น เป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอม ให้ กสธท. ใช้สิทธิ์ตัดรายชื่อพันสมาชิกภาพ
กสธท. ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 14 (1) (3) และ (7) ได้

| | |
|---|-----------------------------------|
| ได้ตรวจสอบแล้ว เป็นสมาชิก สสธ. ทะเบียนเลขที่..... และ เป็นสมาชิก กสธท. ทะเบียนเลขที่..... จริง | (.....) เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสธท. |
|---|-----------------------------------|

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ..... กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ต้นสังกัด

(.....)

ความเห็นของกรรมการกองทุนฯ พิจารณารับเป็นสมาชิก () อนุมัติ () ไม่อนุมัติ
อาศัยระเบียบกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ข้อ 45 ตามมติที่ประชุมครั้งที่..... วันที่.....ลงชื่อ..... ประธานกองทุนฯ / หรือผู้ได้รับมอบหมาย
(.....)



ใบรับรองแพทย์ (ล้านที่ 3)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธท. ล้านที่ 3

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้
โรคตามข้อ (3.1) – (3.9) 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 มีรายละเอียดดังนี้

- (1) ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
 (2) ไม่มีจิตพิ�เฟื่อง 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 (ล้างไต) ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.7) โรคเอดส์ ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.8) โรคดับแข็ง ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.9) โรคเอดส์แอลเอ (SLE) ไม่มี มี (ระบุ).....

(4) โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย กสธ. จะไม่รับ
 เป็นสมาชิก
(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธ. กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็น
 สมาชิก กสธ. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 เป็นต้นไป



ถ้อยແຄລງແລະ ໃຫ້ກາຍເຍີນຍອມຂອງຜູ້ສັມຄຣສມາຊີກ ກສທ. (ລ້ານທີ 3)

ເຂົ້າຢືນທີ.....ວັນທີ.....ເດືອນ.....ພ.ສ.....

ໜ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ນາງ/ນາງສາວ.....

ເລີບປະຈຳດ້ວຍປະชาສນ ອາຍຸ.....ປີ

ໜ້າພເຈົ້າຂອໍໃຫ້ປະວັດສຸຂ່າພາພຂອງໜ້າພເຈົ້າເພື່ອປະກອບກາຮສມັກສມາຊີກ ກສທ. ດັ່ງນີ້

- 1. ມີສຸຂ່າພາພແຂ້ງແຮງ
- 2. ໄມເປັນຜູ້ມີກາຍຖຸພພລກາພ ຈນໄມ່ສາມາຮຄປົງບັດທັນທີໄດ້
- 3. ໄມມີຈິຕິພື້ນເຝືອນ ໄມສົມປະກອບ

4. ປະວັດກາຮຮັກໝາໂຮຄຕ່ອໄປນີ້

- | | |
|---------------------------|--|
| (4.1) ໂຮຄະເຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມເມື່ອ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.2) ໂຮຄທ້ວໄຈ | <input type="checkbox"/> ໄມເມື່ອ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.3) ໂຮຄວັນໂຮຄ | <input type="checkbox"/> ໄມເມື່ອ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.4) ໂຮຄປອດເວື່ອຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມເມື່ອ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.5) ໂຮຄເບາຫວານຂັ້ນຽນແຮງ | <input type="checkbox"/> ໄມເມື່ອ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.6) ກາວະໄຕວາຍ (ລ້າງໄດ) | <input type="checkbox"/> ໄມເມື່ອ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.7) ໂຮຄເອດສ | <input type="checkbox"/> ໄມເມື່ອ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.8) ໂຮຄດັບແຂງ | <input type="checkbox"/> ໄມເມື່ອ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.9) ໂຮຄເອສແເລອື່ອ (SLE) | <input type="checkbox"/> ໄມເມື່ອ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |

5. ໂຮຄຮ້າຍແຮງອື່ນໆ (ຮະບຸ).....

ໜ້າພເຈົ້າຂອໍຍືນວ່າຄົວຄ້າທີ່ໃຫ້ໄວ້ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະກອບ ຫາກໜ້າພເຈົ້າແຄລງຂ້ອງຄວາມອັນເປັນເທື່ອແລ້ວ ໃຫ້ ກສທ. ຕັດສິທິທີ່ຈາກການເປັນສມາຊີກ ກສທ. ຕາມຮະບັບກສທ. พ.ສ. 2565 ຂ້ອ 14 (3) ໄດ້ທັນທີ ແລະ ໜ້າພເຈົ້າຂອໍສະສິທິທີ່ໃນການທີ່ຈະຮັບເງິນສວັສດີກາຮສງເຄຣະທີ່ຄຣອບຄຣວເມື່ອໜ້າພເຈົ້າເສີຍໜີວິຕ ຮວມທັງໝົດ ໜ້າພເຈົ້າໄມ່ຕິດໃຈທີ່ຈະເຮີຍກຣອງເງິນສວັສດີກາຮສງເຄຣະທີ່ຄຣອບຄຣວຫຼືອເງິນອື່ນໃດຈາກ ກສທ. ທັງສິ້ນ ໂດຍໜ້າພເຈົ້າຍືນຍອມປົງບັດທາມຂ້ອງບັນດັບ ກສທ. ຖຸກປະກອບ

ໜ້າພເຈົ້າຍືນຍອມເປີດເພີຍປະວັດສຸຂ່າພາພຂອງໜ້າພເຈົ້າ ໂດຍມອບໃຫ້ ກສທ. ຂອປະວັດກາຮຮັກໝາຂອງໜ້າພເຈົ້າ ຈາກສຖານພຍາບາລທີ່ເກີ່ວຂ້ອງໄດ້

ລົງຊື່.....

(.....)

(ຜູ້ສັມຄຣສມາຊີກ ກສທ.)

ລົງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ເຈົ້າທີ່ມີຢູ່ປະກອບ

ລົງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ຜູ້ມີຢູ່ປະກອບ