

โปรดเบียนตัวบันจรงและกรอกข้อมูลให้ครบถูกช่อง

เอกสารประกอบ

(เริ่มใช้ดังเด่นที่ 1 ธันวาคม 2560 เป็นต้นไป)

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน พร้อมรับรอง
สำเนา
2. สำเนาหนังสือสำคัญ สสธ. พร้อมรับรองสำเนา
3. ในรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
(ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กสธท.)



เลขทะเบียนสมาชิก กสธท.

ใบสมัครสมาชิก

กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.)

เบียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

1. เลขทะเบียนสมาชิก สสธ. ที่..... สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด สมัครตรง กสธ. เป็นสมาชิกสามัญ สสธ. เป็นเจ้าหน้าที่ กสธ. เป็นเจ้าหน้าที่/คณะกรรมการ ชสอ. เป็นสมาชิกกรมทบ. สสธ. () คู่สมรส () บุตร

2. สถานที่ตั้งที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

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

3. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.)

4. การชำระเงินค่าสมัครและเบี้ยประกัน ดังนี้

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

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินเบี้ยประกันต่ออายุ กสธ. ดังนี้

 ชำระเป็นเงินสดที่ กสธ. หรือศูนย์ประสานงาน กสธ. นำชำระเอง / โอนเข้าระบบ KTB teller payment ของธนาคารกรุงไทย สาขาหนองบุรี ชื่อบัญชี กองทุน
สวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขที่บัญชี 108-6-09065-9 ค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท (รหัสหน่วยงาน/
Company code : 92778) ชำระจากเงินบั้นผล เหลี้ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด5. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ต้นสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า (กรณี
สหกรณ์ต้นสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน) และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของ
สมาคม สสธ.6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า เมื่อคณะกรรมการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติ
ของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ทุกประการ และจะส่งเสริม สนับสนุน กสธ. ให้เจริญรุ่งเรือง
ยิ่งๆ ขึ้นไป7. ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังทุก
ชนิด ทุกระยะ เป็นต้น) ณ วันสมัคร ตามข้อบังคับ 9(2) หากข้าพเจ้ารู้แล้วจะเว้นเสียไม่ได้เผยแพร่ข้อความจริง หรือแกล้งข้อความนั้น
เป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ กสธ. ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ กสธ. ตามข้อบังคับข้อ 14(1)(3) ได้

ได้ตรวจสอบแล้ว

เป็นสมาชิก สสธ. ทะเบียนเลขที่..... จริง

()
เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสธ.

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ..... กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ต้นสังกัด

(.....)

ความเห็นของกรรมการกองทุนฯ พิจารณาไว้เป็นสมาชิก () อนุมัติ () ไม่อนุมัติ
อาศัยข้อบังคับกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย พ.ศ. 2560 ข้อ 43 ตามมติที่ประชุมครั้งที่..... วันที่.....

ลงชื่อ..... ประธานกองทุนฯ / หรือผู้ได้รับมอบหมาย

(.....)



กสธ. 2

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

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

เลขประจำตัวประชาชน ปราภ្យារ

นาย / นาง / นางสาว.....

- (1) มีสุขภาพแข็งแรง
 (2) ไม่เป็นผู้มีภาระทางกายภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
 (3) ไม่มีจิตพันธุ์เพื่อน ไม่สมประกอบ

(4) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

ไม่มี	มี
(4.1) โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.2) โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.3) โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.4) โรคปอดเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.6) ภาวะไตวาย	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.8) โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ระบุ.....

(5) มีโรครายแรงอื่น ๆ ระบุ.....ความเห็นแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนบังคับชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
(ระบุที่ออกเป็นสถานพยาบาลของรัฐ)

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

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

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่กองทุนฯกำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก กสธ.

เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2562 เป็นต้นไป

เรียน ประธานกรรมการกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคตาม ข้อ (4) (5)

และยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ กสธ. ขอประวัติการรักษาในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าจะเล่าวันที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัว หรือแฉลงข้อความอันเป็นเท็จ ให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มี
 สมาชิกภาพ กสธ. มาตั้งแต่ต้น ตามข้อบังคับข้อ 14(1) (3) ได้(ลงชื่อ).....(ผู้สมัครสมาชิก กสธ.)
 ด่วนรรง.(.....)