

เอกสารประกอบ

- ☐ 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- ☐ 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ☐ 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- ☐ 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ที่ สสท. กำหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- ☐ 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- ☐ 7. กรณีสมาชิกสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้าย หรือ ใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด

สสท. 1



ใบเสร็จรับเงิน สสท. เล่มที่

เลขที่

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ (วาระปกติ)

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

เขียนที่.....สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.คู่สมรสชื่อ.....

1 ☐ สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์.....☐ อื่นๆ (ระบุ).....

2 ประกอบอาชีพ

2.1 ☐ รับราชการ ดังนี้(1) ☐ ข้าราชการ ตำแหน่ง (ระบุ)(2) ☐ พนักงานราชการ ตำแหน่ง (ระบุ)(3) ☐ ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง (ระบุ)(4) ☐ พกส. / ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง (ระบุ)(5) ☐ อื่นๆ ระบุ2.2 ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ บำเหน็จ ☐ บำเหน็จรายเดือน2.3 ☐ เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์ ตำแหน่ง (ระบุ)

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล(แขวง).....อำเภอ (เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

3 สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

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

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

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

4 การชำระเงิน ดังนี้

☐ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท☐ ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท☐ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า.....6,000... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....6,040...บาท (ห้าพันสี่สิบบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์

สมาคมทนายสังคมสงเคราะห์สมาชิกรวมกันเพื่อมนุษยธรรมแห่งประเทศไทย

เขียนที่..... สหกรณ์ออมทรัพย์สหกรณ์ออมทรัพย์สมาชิกรวมกันเพื่อมนุษยธรรมแห่งประเทศไทย จำกัด

วันที่.....เดือน.....ปี.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....ปี.....พ.ศ.....

สมาชิกสมาคมทนายสังคมสงเคราะห์สมาชิกรวมกันเพื่อมนุษยธรรมแห่งประเทศไทย เลขทะเบียนที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

1. สถานภาพ

☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่า หรือ หมาย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสรท. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า

คือ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า(10%ของเงินสงเคราะห์)

ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

2.1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ☐ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

☐ อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสรท.

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสรท.

(.....นางนิกขา บุญเขตต์.....)

ผู้จัดการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....

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

ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์..... สาธารณสุขพิจิตร..... จำกัด

หรือ.....ซึ่งเป็นผู้ก่อการประจําตัวประชาชน

ชื่อย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....

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

เป็นผู้ () รับเงินค่าจัดการศพ () รับเงินสงเคราะห์ () อื่นๆ ที่พึงได้รับ

แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ.....ที่มีต่อ

สหกรณ์ออมทรัพย์.....สาขารณสุพิจิตร.....จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักงานบ้านเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

$$(\dots)$$

บัตรประชาชนเลขที่

บัตรประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(.....)

บัตรประชาชนเลขที่.....

บัตรประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ)ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ

(นางนิภา บุญญเขตต์)

๗๗
ผู้จัดการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบ
อำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ)พยาน

(ลงชื่อ)พยาน

(.....)

(.....)

หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืน
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด เพื่อหักเงินจ่ายส่ง
ฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด เลขทะเบียนที่.....สังกัดหน่วย.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....คือ.....

1. สถานภาพ

☐ โสด

☐ สมรส คู่สมรสชื่อ.....

☐ หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด หักเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืน
ทุก ๆ ปี ของข้าพเจ้า จำนวนเงิน บาท เพื่อหักส่งค่าฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์
ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนายินยอมในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ
ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

3. ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)
ยินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินดังกล่าว หักเงินที่เกี่ยวข้องกับการนี้และเงินสงเคราะห์ศพหรือ
สงเคราะห์ศพล่วงหน้าที่เรียกเก็บ ตั้งแต่วันที่สหกรณ์ออมทรัพย์จ่ายให้ สสท. เป็นต้นไป

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....พยาน



ใบสำคัญการจ่ายเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธ.)

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ของ.....สมาชิกของสมาคมทะเบียนเลขที่.....
ซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

รายการคำนวณเงินสงเคราะห์

- | | |
|---|-----------|
| - สมาชิกที่มีอยู่ในวันถึงแก่ความตาย จำนวน | คน |
| - อัตราเงินสงเคราะห์ | บาท |
| - คิดเป็นเงินสงเคราะห์ | บาท |
| - ทางสมาคมหักไว้เป็นค่าใช้จ่ายร้อยละ 4 เป็นเงิน | บาท |
| เหลือเงินสงเคราะห์ที่จะได้รับ | บาท |
| - จ่ายคืนเงินเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ | บาท |
| รวมเงินที่จะได้รับทั้งสิ้น | บาท |
| (.....) | |

..... (.....) บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... ผู้รับเงิน	 (.....) บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... ผู้รับเงิน	 (.....) ประธานศูนย์/กรรมการศูนย์/ผู้จัดการศูนย์ พยาน
..... (.....) บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... ผู้รับเงิน	 (.....) บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... ผู้รับเงิน	 (.....) เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ประสานงาน พยาน



หนังสือขอรับเงินสงเคราะห์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

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

เลขประจำตัวประชาชน

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

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

เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของ.....สมาชิกทะเบียนเลขที่.....

ซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ตามใบมรณบัตรเลขที่.....

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับเงินสงเคราะห์ของ.....และได้ยื่นหลักฐานพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว คือ

- บัตรประจำตัวสมาชิกผู้ถึงแก่ความตาย
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถึงแก่ความตาย
- ใบมรณบัตรสมาชิกผู้ถึงแก่ความตาย
- สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ขอรับเงิน
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงิน

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

.....
(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่.....

ผู้ขอรับเงิน

.....
(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่.....

ผู้ขอรับเงิน

.....
(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่.....

ผู้ขอรับเงิน

**ใบรับรองแพทย์**

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสท.

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

๗ ได้ตรวจร่างกายและสอบประวัติ นาย/นาง/นางสาว.....แล้ว มีรายละเอียด ดังนี้

☐ (1) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

☐ (2) ไม่มีจิตเพื่อน ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(3.1) โรคมะเร็ง ☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....

(3.2) โรคหัวใจ ☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....

(3.3) โรคฉี่หนู ☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....

(3.4) โรคปอดเรื้อรัง ☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....

(3.5) โรคเบาหวานชนิดรุนแรง ☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....

(3.6) ภาวะไทรวาย(ล้างไต) ☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....

(3.7) โรคเอดส์ ☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....

(3.8) โรคตับแข็ง ☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....

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

(3.10) โรคภัยแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสชท. 2

☐ ឯកជន ☐ រដ្ឋ (រដ្ឋបាល).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสชท. โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป

