โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง
เอกสารประกอบ (เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2569 เป็นต้นไป) ☐ 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา ☐ 2. สำเนาหนังสือสำคัญ สสธท. พร้อมรับรองสำเนา ☐ 3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน (ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กสธท.) ☐ 4. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)

กสธท. 1

เลขทะเบียนสมาชิก กสธท. .....

ใบสมัครสมาชิก (ล้านที่ 4)

กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

1. เป็นสมาชิก กสธท. ล้านที่ 3 เลขทะเบียนที่..... ☐ สหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขพิจิตร จำกัด ☐ สมัครตรง กสธท.

2. <u>ประกอบอาชีพ</u>

2.1 ☐ เป็นสมาชิกประเภทสามัญ สสธท. หรือ สมทบสหกรณ์ออมทรัพย์ สสธท.

2.1.1 ☐ รับราชการ ดังนี้

(1) ☐ ข้าราชการ ตำแหน่ง (ระบุ) .....

(2) ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ พนักงานราชการ ☐ ลูกจ้างชั่วคราว ☐ พกส. ตำแหน่ง (ระบุ) .....

2.1.2 ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ บำเหน็จ ☐ บำเหน็จรายเดือน

2.1.3 ☐ เจ้าหน้าที่ สสธท. / กสธท. ตำแหน่ง (ระบุ) .....

2.1.4 ☐ เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข / โรงพยาบาล ตำแหน่ง (ระบุ) .....

2.1.5 ☐ กรรมการ / ผู้ตรวจสอบฯ / เจ้าหน้าที่ ชสอ. ตำแหน่ง (ระบุ) .....

2.1.6 ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

2.2 เป็นสมาชิกประเภทสมทบ สสธท. ของสมาชิกประเภทสามัญ สสธท. ระบุชื่อ-สกุล.....

☐ คู่สมรส ☐ คู่สมรสเท่าเทียม ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา **อาชีพ (ระบุ)** .....

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

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ID Line……..……..……..

****กรณีฉุกเฉินติดต่อ** โปรดระบุ (นาย/นาง/นางสาว).....เกี่ยวข้องเป็น.....

โทรศัพท์มือถือ.....ID Line……

4. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.) ล้านที่ 4

5. การชำระเงินค่าสมัครแรกเข้าและค่าเบี้ยสงเคราะห์ชีวิต ดังนี้

ค่าสมัครแรกเข้า 100 บาท และค่าเบี้ยสงเคราะห์ชีวิต.....บาท **รวมเป็นเงิน.....บาท**

6. ช่องทางการชำระเงินค่าเบี้ยสงเคราะห์ชีวิตต่ออายุ

☐ หักจากเงินปันผล/เฉลี่ยคืน ☐ เงินสด ☐ เคาน์เตอร์เซอร์วิส 7-ELEVEN ☐ Mobile Application ธ.กรุงไทย NEXT

☐ หักผ่านบัญชี **<u>ธนาคารกรุงไทย</u>** สาขา.....เลขที่บัญชี.....

7. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ชีวิตให้สหกรณ์ต้นสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า **(กรณีสหกรณ์ต้นสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน)** และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสธท.

8. ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ และประกาศของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามระเบียบและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

9. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่เคยมีประวัติการรักษาโรคตามใบรับรองแพทย์ที่ กสธท. กำหนด) มาก่อนวันสมัคร ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 9.3 หากข้าพเจ้ารู้แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความนั้น เป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอม ให้ กสธท. ใช้สิทธิ์ตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ กสธท. ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 14 (1) (3) และ (8) ได้

ได้ตรวจสอบแล้ว
เป็นสมาชิก สสธท. (ล้านที่ 1) เลขที่..... เป็นสมาชิก กสธท. (ล้านที่ 2) เลขที่.....และ เป็นสมาชิก กสธท. (ล้านที่ 3) เลขที่.....จริง ..... ( ) เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสธท.

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ.....กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ต้นสังกัด

(.....นางนิภา บุญญเขตต์.....)

ผู้จัดการ

ตราประทับ
สถานพยาบาล
ของรัฐ

ใบรับรองแพทย์ (ล้านที่ 4)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธท. ล้านที่ 4

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

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.....

ได้ตรวจร่างกายและสอบประวัติ นาย/นาง/นางสาว.....แล้ว มีรายละเอียดดังนี้

☐ **(1) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้**

☐ **(2) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ**

(3) <u>ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้</u>

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

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

(3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ กสธท. 2

☐ **ไม่มี** ☐ **มี** (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) <u>หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) กสธท. จะไม่รับเป็นสมาชิก</u>

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธท. กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก กสธท. เริ่มใช้ตั้งแต่**<u>วันที่ 1 กรกฎาคม 2566</u>** เป็นต้นไป

กสธท. 2

ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก กสธท. (ล้านที่ 4)

เขียนที่....สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขพิจิตร จำกัด.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก กสธท. ดังนี้

☐ **1. มีสุขภาพแข็งแรง**

☐ **2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้**

☐ **3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ**

4. <u>ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้</u>

(4.1) โรคมะเร็ง ☐ **ไม่มี** ☐ **มี** (ระบุ).....

(4.2) โรคหัวใจ ☐ **ไม่มี** ☐ **มี** (ระบุ).....

(4.3) โรควัณโรค ☐ **ไม่มี** ☐ **มี** (ระบุ).....

(4.4) โรคปอดเรื้อรัง ☐ **ไม่มี** ☐ **มี** (ระบุ).....

(4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ☐ **ไม่มี** ☐ **มี** (ระบุ).....

(4.6) ภาวะไตวาย (ล้างไต) ☐ **ไม่มี** ☐ **มี** (ระบุ).....

(4.7) โรคเอดส์ ☐ **ไม่มี** ☐ **มี** (ระบุ).....

(4.8) โรคตับแข็ง ☐ **ไม่มี** ☐ **มี** (ระบุ).....

(4.9) โรคเอสแอลอี (SLE) ☐ **ไม่มี** ☐ **มี** (ระบุ).....

(4.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ กสธท. 2

☐ **ไม่มี** ☐ **มี** (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ **<u>หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ให้ กสธท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก กสธท. ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 14 (3) ได้ทันที และข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจาก กสธท. ทั้งสิ้น</u>** โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามระเบียบ กสธท. ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ กสธท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก กสธท.

ลงชื่อ.....

นางนิภา บุญญเขตต์

(.....)

ผู้จัดการ

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์