

เอกสารประกอบ

- ☐ 1. สำนเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
 - ☐ 2. สำนเนาทะเบียนบ้าน
 - ☐ 3. สำนเนาทะเบียนสมรส
 - ☐ 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
 - ☐ 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ที่ สสทท. กำหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
 - ☐ 6. สำนเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
 - ☐ 7. กรณีสมัครประเภทสมทบสหกรณ์ฯ ต้องแนบสำเนาบัตรพนักงานราชการ / ลูกจ้างชั่วคราว ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมรับรองสำเนา
 - ☐ 8. กรณีสมัครขีกลสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้าย หรือ ใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด



ใบเสร็จรับเงิน สสธ. เล่มที่
เลขที่

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ (วาระพิเศษ)

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

คู่สมรสชื่อ.....

1 ☐ สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์.....

2 ประกอบอาชีพ

2.1 ☐ พนักงานราชการ ตำแหน่ง (ระบุ)

☐ พกส. / ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง (ระบุ)

2.2 ☐ เจ้าหน้าที่ สสทท./กสทท. ตำแหน่ง (ระบุ)

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

2.4 ☐ คู่สมรส ☐ บุตรของสมาชิก สสรท. ตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 (1) ข้อ 10.1 (2) ข้อ 10.2 (1) ข้อ 10.2 (2)

อาชีพ (ระบุ)

2.5 ☐ อื่นๆ (ระบุ)

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....ตำบล (แขวง).....

อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

เป็นสมาชิกสมทบของสมาชิกสามัญ (ระบุชื่อ - สกุล)

เลขสมาชิก สอ. เลขอาปนกิจ.....

3 สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง).....

อำเภอ(เขต).....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....

4 การชำระหนี้ ดังนี้

☐ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท

☐ ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท

☐ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า.....5,600....บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....5,640.....บาท (ห้าพันหกร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ขอบบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ
และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมทอสร.แห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมทอสร.แห่งประเทศไทย
ทะเบียนเลขประจำตัว.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.2
ของสมาคมทอสร.แห่งประเทศไทยทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสรท. และได้แนบหลักฐาน
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ
และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสรท. ตามรอบการรับสมัครสมาชิก หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของกรรมการ

เสนอ ☐ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสรท.

☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสรท.

คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสรท. ตั้งแต่วันที่.....

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่/ 25.....เมื่อวันที่.....

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

☐ นายกสมาคม สสรท.

☐ กรรมการ สสรท. ปฏิบัติการแทน

นายกสมาคม สสรท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
(3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที
(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสรท. โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ประกาศสมาคมกัญญาปณกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย
เรื่อง กำหนดโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

เพื่อให้การดำเนินงาน สสท. และศูนย์ประสานงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 7/2566 ครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2566 จึงได้มีมติ กำหนดโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย โดยให้ศูนย์ประสานงานถือปฏิบัติ เพื่อให้การดำเนินงานของ สสท. และศูนย์ประสานงานมีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ดังนั้น สสท. จึงขอความร่วมมือให้ศูนย์ประสานงานทำการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัคร เป็นสมาชิก สสท. ได้รับทราบและใช้ใบรับรองแพทย์ (สสท. 2) ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนดเท่านั้น โดยสามารถดาวน์โหลดใบรับรองแพทย์ (สสท. 2) ได้ที่ www.cpct.or.th และการรับสมัครสมาชิก สสท. ไม่รับสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค 9 โรค ตามที่ระบุใบรับรองแพทย์ (สสท. 2) ดังนี้

1. โรคมะเร็ง
2. โรคหัวใจ
3. โรควัณโรค
4. โรคปอดเรื้อรัง
5. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
6. ภาวะไตวาย (ล้างไต)
7. โรคเอดส์
8. โรคตับแข็ง
9. โรคเอสแอลอี (SLE)

และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่น ๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายตามประกาศของ สสท. ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้
2. โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer)
3. โรคสมองเสื่อม (Dementia)
4. โรคหลอดเลือดโป่งพอง (Aneurysm)
5. โรคเส้นเลือดขดในสมอง (Cerebral AVM)

๗

6. โรคซึมเศร้า (Depressive disorder)
7. โรคไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis) ที่ยังไม่สามารถควบคุมให้ไทรอยด์ฮอร์โมนอยู่ในเกณฑ์ปกติ
8. โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) ชนิดเมเจอร์ (Major) ได้แก่ อัลฟาธาลัสซีเมียเมเจอร์ (Alpha thalassemial major) , เบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์ (Beta thalassemial major) , โรคธาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ
9. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีค่าความดันตัวบน (Systolic pressure) ตั้งแต่ 180 มม.ปรอท ขึ้นไป หรือค่าความดันตัวล่าง (Diastolic pressure) ตั้งแต่ 110 มม.ปรอท ขึ้นไป
10. โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) ที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 8% และค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 180 mg/dl
11. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus, HCV) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
12. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C virus, HCV) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
13. โรคไขมันพอกตับ (Fatty liver disease) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
14. โรคไขกระดูกฝ่อ (Aplastic anemia)
15. โรคลมชัก (Epilepsy) ที่มีภาวะชัก ในระยะ 1 ปีล่าสุด
16. โรคผิวหนังแข็ง (Scleroderma)
17. โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) ระยะที่ 4 ขึ้นไป
18. โรคฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)
19. โรคอ้วน (Obesity) ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 35 ร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
20. โรคเกล็ดเลือดต่ำจากภูมิคุ้มกัน (Immune thrombocytopenic : ITP)

ทั้งนี้ หากศูนย์ประสานงานไม่มั่นใจในกรณีที่ใบรับรองแพทย์ของผู้สมัครระบุเคยมีประวัติการรักษาด้วยโรคตาม (1) - (9) และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ให้ส่งใบรับรองแพทย์มาให้ สสท. พิจารณาผ่านช่องทางไลน์กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน โดย สสท. จะมอ้องค์กรแพทย์สมาคม ประกอบด้วย นายแพทย์สมชาย ศรีสมบัณฑิต นายแพทย์ชัชวาล ก่อสกุล และนายแพทย์สุชาติ ตันตินิรามัย ซึ่งเป็นอุปนายก และกรรมการ ของ สสท. จะเป็นผู้นิฉินฉัยว่าสามารถสมัครสมาชิก สสท. ได้หรือไม่

อนึ่ง ในกรณีที่สมาคมตรวจสอบภายหลังจากการอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว พบว่าผู้สมัครหรือสมาชิกทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว “มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง” หรือมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์หรือโรคอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายมาก่อนการสมัคร สสรท. จะถือว่าผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้น ขาดคุณสมบัติตามข้อบังคับ พ.ศ. 2567 ข้อ 10.1 (5) และข้อ 10.2 (9) ซึ่งจะถือว่าการสมัครเป็นโมฆะตั้งแต่วันรับสมัครทันที ทั้งนี้ ผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นจะไม่มีสิทธิ์ได้รับเงิน สงเคราะห์ครอบครัวไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

ประกาศ ณ วันที่ 1 เมษายน 2567 เป็นต้นไป



(ดร.มะณู บุญศรีมติชัย)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

สมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....

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

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

โทรศัพท์.....มือถือ.....

1. สถานภาพ

☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่า หรือ หม้าย

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.

(.....)

