โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง
เอกสารประกอบ **(เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 เป็นต้นไป)** ☐ 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา ☐ 2. สำเนาหนังสือสำคัญ สสธท. พร้อมรับรองสำเนา ☐ 3. **ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง 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 สสธท. และ กสธท. ล้านที่ 2 ☐ เป็นเจ้าหน้าที่ กสธท./สสธท.

☐ เป็นกรรมการ/ผู้ตรวจสอบกิจการ/เจ้าหน้าที่ ชสอ.

☐ เป็นสมาชิกสมทบ สสธท. และ กสธท. ล้านที่ 2 (ประเภทสมทบสหกรณ์ออมทรัพย์) ที่เป็นพนักงานราชการ/พกส./ลูกจ้างชั่วคราว ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

☐ เป็นสมาชิกสมทบคู่สมรส/สมทบบุตร สสธท. และ กสธท. ล้านที่ 2 **ที่ประกอบอาชีพ (โปรดระบุ)**.....

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 ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินเบี้ยประกันต่ออายุ กสธท. ล้านที่ 3 ดังนี้

☐ ชำระเป็นเงินสดที่ กสธท. หรือศูนย์ประสานงาน กสธท.

☐ นำชำระเอง / โอนเข้าระบบ KTB teller payment ของธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี ชื่อบัญชี กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย รหัสหน่วยงาน/Company Code : 92778 ค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท

☐ ชำระจากเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

5. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ต้นสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า **(กรณีสหกรณ์ต้นสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน)** และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสธท.

6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า เมื่อคณะกรรมการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตาม ระเบียบและประกาศของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ทุกประการ และจะส่งเสริม สนับสนุน กสธท. ให้เจริญรุ่งเรืองยิ่งๆ ขึ้นไป

7. ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่เคยมีประวัติการรักษาโรคตามใบรับรองแพทย์ที่ กสธท. กำหนด) มาก่อนวันสมัคร ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 9.3 หากข้าพเจ้ารู้แล้วละเว้นเสีย ไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความนั้น เป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอม ให้ กสธท. ใช้สิทธิ์ตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ กสธท. ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 14 (1) (3) และ (7) ได้

ได้ตรวจสอบแล้ว
เป็นสมาชิก สสธท. 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

(.....)

ตราประทับ
สถานพยาบาล
ของรัฐ

กสธท. 2

ใบรับรองแพทย์ (ล้านที่ 3)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธท. ล้านที่ 3

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 3)

เขียนที่.....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. พ.ศ. 2566 ข้อ 14 (3) ได้ทันที และข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจาก กสธท. ทั้งสิ้น</u>** โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามระเบียบ กสธท. ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ กสธท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก กสธท.)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์