

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่องเอกสารประกอบ

เลขประจำตัวสมาชิก.....



- 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 7. กรณีสมาชิกสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้ายหรือใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ / สมทบ

กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ลานที่ 1

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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

เลขประจำตัวประชาชน

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

(1) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียนที่.....

สมทบสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียนที่.....

(2) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

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

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

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

(4) การชำระเงิน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรก

ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 100 บาท

เงินค่าเบี้ยประกันชีวิต..... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน..... บาท (.....)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินค่าเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดที่ศูนย์ประสานงานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน (สหกรณ์ต้นสังกัด)

ชำระเงินเข้าบัญชีกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน เลขที่บัญชี.....

ชำระจากการหักเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุนสาธารณสุขภาคอีสานแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขของกองทุนฯทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้วนที่ 1 และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินเบี้ยประกันชีวิต ตามข้อบังคับ และระเบียบกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ประกาศ เรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

เสนอ

- เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้วนที่ 1
- ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

คำสั่ง

- อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้วนที่ 1
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

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

ปรากฏว่า นาย /นาง /นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบและ
ปราศจากประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- (1) โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ
- (2) โรคหัวใจ
- (3) โรควิธโรคในระยะอันตราย
- (4) โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ () สุขภาพแข็งแรง

() อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) แพทย์สรุปความว่าเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรืออื่น ๆ ระบุโรค.....

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(4) หากพบว่าเป็นโรค ตาม (1) – (5) หรือโรคอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน จะไม่รับเป็นสมาชิก

(5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก

เรียน ประธานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ ตาม (1) – (5) หากข้าพเจ้า
รู้อยู่แล้ว และเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน
ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้าวันที่ 1 ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 2/2562

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิก)

(.....)ตัวบรรจง



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ
กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้วนที่ 1

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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

สมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้วนที่ 1 เลขทะเบียนที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่าหรือหม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสวัสดิการ โดยให้กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน จ่ายให้กับบุคคล
ดังต่อไปนี้

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

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

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

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

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

โดยมีเงื่อนไข ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน

อื่น ๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ
กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้วนที่ 1

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ กองทุนฯ

(.....)



หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสวัสดิการ
กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้ำันที่ 1

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัว
ประชาชนเลขที่ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....

หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

พร้อมผู้ลงนามยินยอมและมอบอำนาจทำหนังสือนี้ ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์.....

เป็นผู้รับเงินกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน แทนข้าพเจ้า เพื่อนำเงินดังกล่าวไปชำระหนี้ของ.....

ที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด จนแล้วเสร็จ และดำเนินการประสานงาน

กับกองทุนสาธารณสุขภาคภาคอีสานแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้า/คณะ ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบ
อำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

บัตรประชาชน เลขที่.....

บัตรประชาชน เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

บัตรประชาชน เลขที่.....

บัตรประชาชน เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้ยินยอมและรับ
มอบอำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ).....พยาน(ผู้สมัคร)

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

-ตัวอย่างการกรอกเอกสารในหน้านี้-



หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสวัสดิการ

กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ลានที่ 1
ลานที่ 2

กรอกข้อมูลของ
ผู้รับเงินลำดับที่ 1

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....**ชื่อผู้รับเงินลำดับที่ 1**.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

พร้อมผู้ลงนามยินยอมและมอบอำนาจทำหนังสือนี้ ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์.....**อเนกชัยสุรินทร์** เป็นผู้รับเงินกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน แทนข้าพเจ้า เพื่อนำเงินดังกล่าวไปชำระหนี้ของ.....**ชื่อผู้สมักร** ที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์.....**อเนกชัยสุรินทร์** จำกัด จนแล้วเสร็จ และดำเนินการประสานงานกับกองทุนสาธารณสุขภาคอีสานแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้า/คณะ ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....**ผู้รับเงินลำดับที่ 1 ลงนาม**.....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....**ผู้รับเงินลำดับที่ 2 ลงนาม**.....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ).....**ผู้รับเงินลำดับที่ 3 ลงนาม**.....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....) (.....)

บัตรปชช.เลขที่..... บัตรปชช.เลขที่.....

(ลงชื่อ).....**ผู้รับเงินลำดับที่ 4 ลงนาม**.....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ).....**ผู้รับเงินลำดับที่ 5 ลงนาม**.....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....) (.....)

บัตรปชช.เลขที่..... บัตรปชช.เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้ยินยอมและมอบอำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ).....**ผู้สมักรลงนาม**.....พยาน(ผู้สมักร) (ลงชื่อ).....**พยานลงนาม 1 คน**.....พยาน
(.....) (.....)

กสอ. (ล้านอีสาน 1)

- 1.) สำเนาบัตรประชาชนของผู้สมัคร
- 2.) สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์
- 3.) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- 4.) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
- 5.) ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (ใช้แบบฟอร์มของกองทุนฯ เท่านั้น!)
ออกโดยสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น! *กรุณาประทับตรา รพ.ด้วย*

กรณีใบรับรองแพทย์ระบุ “เบาหวาน”

*ให้แนบผลตรวจ FBS , HbA1C ครั้งล่าสุดมาด้วย

กรณีใบรับรองแพทย์ระบุ “ความดันโลหิต”

*ให้ระบุและแนบผลการวัดความดันจาก รพ. ครั้งล่าสุดมาด้วย

กรณีใบรับรองแพทย์ระบุโรคอื่น ๆ กรุณาสอบถามศูนย์ประสานงานฯ

เอกสารที่ยังไม่เรียบร้อย ศูนย์ประสานงานฯ จะยังไม่รับใบสมัครไว้ขณะนี้



ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม

  0640652805

  0854654504