

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนช่อง  
เอกสารประจำบัญชี

- 1.สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรประจำตัวประชาชน
- 2.สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3.ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- 4.สำเนาบัตร ปชช และสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสวัสดิการ



เลขประจำตัวสมาชิก.....

## ใบสมัครสมาชิก กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 2

เจียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

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

1. เป็นสมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 1 เลขที่.....
2. สถานติดต่อที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

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

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

3. ขอสมัครเป็นสมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 2
4. การชำระค่าสมัครและเบี้ยประกัน ดังนี้

### 4.1 การชำระค่าสมัครครั้งแรก

( ) ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 100 บาท

( ) เงินค่าเบี้ยประกันชีวิต..... บาท

รวมเงินที่ชำระครั้งนี้ เป็นเงิน..... บาท(.....)

### 4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

( ) ชำระเป็นเงินสดที่ศูนย์ประสานงานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน(สหกรณ์ต้นสังกัด)

( ) ชำระเงินเข้าบัญชีกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน เลขที่บัญชี.....

( ) ชำระจากการหักเงินปันผล เนลลี่คืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุนสาธารณสุขภาคอีสานแล้ว มีความประสงค์สมัคร เป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขของกองทุนฯทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)



## สำหรับเจ้าหน้าที่กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 2 และได้ แบบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินเบี้ยประกันชีวิต ตามข้อบังคับ และระเบียบกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ประกาศ เรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

### ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

เสนอ

- ( ) เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 2  
( ) ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

### ความเห็นสำหรับคณะกรรมการกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

คำสั่ง

- ( ) อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 2  
( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ

กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 2

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

สมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 2 เลขทะเบียนที่..... สถานติดต่อที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

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

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

1. สถานภาพ

( ) โสด ( ) สมรส คู่สมรสชื่อ..... ( ) หย่าหรือหม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสวัสดิการ โดยให้กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน จ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

2.1..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.2..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.3..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.4..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.5..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ( ) ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ( ) ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน

( ) อื่นๆ(ระบุ).....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือ กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ กองทุนฯ

(.....)



หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสวัสดิการ

กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 2

เจียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัว

ประชาชนเลขที่             ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....

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

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

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

พร้อมผู้ลงนามยินยอมและมอบอำนาจท้ายหนังสือนี้ ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์.....

เป็นผู้รับเงินกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน แทนข้าพเจ้า เพื่อนำเงินดังกล่าวไปชำระหนี้ของ.....

ที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด จนแล้วเสร็จ และดำเนินการประสานงาน

กับกองทุนสาธารณสุขภาคอีสานแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้า/คณะ ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้ เมื่อข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

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

บัตรประชาชนเลขที่..... บัตรประชาชนเลขที่.....

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

บัตรประชาชนเลขที่..... บัตรประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ)..... พยาน(ผู้สมัคร) (ลงชื่อ)..... พยาน  
(.....) (.....)

# -ตัวอย่างการกรอกเอกสารในหน้าที่-

5



หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสวัสดิการ

กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ล้านที่ 1  
ล้านที่ 2

กรอกข้อมูลของ  
ผู้รับเงินลำดับที่ 1

เขียนที่.....

วันที่ .....เดือน ..... พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... **ชื่อผู้รับเงินลำดับที่ 1** ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัว

ประชาชนเลขที่  ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....

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

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

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

พร้อมผู้ลงนามยินยอมและมอบอำนาจท้ายหนังสือนี้ ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์..... อนามัยสุรินทร์

เป็นผู้รับเงินกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน แทนข้าพเจ้า เพื่อนำเงินดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ของ..... **ชื่อผู้สมัคร**

ที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์..... อนามัยสุรินทร์..... จำกัด จนแล้วเสร็จ และดำเนินการประสานงาน

กับกองทุนสาธารณสุขภาคภาคอีสานแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้า/คณะ ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้ เมื่อตนทราบดีแล้วว่าข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

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

บัตรประชาชนเลขที่.....

บัตรประชาชนเลขที่.....

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

บัตรประชาชนเลขที่.....

บัตรประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ)..... **ผู้รับมอบอำนาจ**  
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ)..... **ผู้สมัครลงนาม** ..... พยาน(ผู้สมัคร) (ลงชื่อ)..... พยานลงนาม 1 คน  
(.....) ..... (.....)

# ກສວ. (ລ້ານອືສານ 2)

- 1.) ສໍາເນົາບົດປະຈຸບັນຂອງຜູ້ສົມຄຣ
- 2.) ສໍາເນົາບົດປະຈຸບັນຂອງຜູ້ຮັບຜລປະໂຍ່ຈົນ
- 3.) ສໍາເນົາກະເບີຍນບ້ານຂອງຜູ້ສົມຄຣ
- 4.) ສໍາເນົາກະເບີຍນບ້ານຂອງຜູ້ຮັບຜລປະໂຍ່ຈົນ
- 5.) **ໄມ່ຕ້ອງໃຊ້ໄປຮັບຮອງແພາຍ້**



ເອກສາຮັບສ່ວນທີ່ຍັງໄມ່ເຮືອງບໍ່ອຍ ສູນຍົງປະສານງານໆ ຈະຍົງໄມ່ຮັບໃບສົມຄຣໄວ້ນະຄະ



ຕິດຕ້ອສອບກາມເພີ່ມເຕີມ

