

เอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ที่ สสธท. กำหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 7. กรณีสมัครประเภทสมทบสหกรณ์ฯ ต้องแนบสำเนาบัตรพนักงานราชการ / ลูกจ้างชั่วคราว ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมรับรองสำเนา
- 8. กรณีสมาชิกสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้ายหรือ ใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด



ใบเสร็จรับเงิน สสทท. เล่มที่ .....  
เลขที่ .....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ (วาระพิเศษ)

สมาคมสมาชิกรัฐสภาสมาชิกรัฐสภาสาธารณสุขไทย (สสท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

คู่สมรสชื่อ.....

(1)  สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์.....

พนักงานราชการ  พกส.  ลูกจ้างชั่วคราว  เจ้าหน้าที่ สสทท./กสทท.  กรรมการ / ผู้ตรวจสอบฯ / เจ้าหน้าที่ ชสอ.

คู่สมรส /  บุตรของสมาชิก สสทท. ตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 (1) ข้อ 10.2 (1) ข้อ 10.2 (2) ประกอบอาชีพ (โปรดระบุ).....

2) ตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

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

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

ระบุชื่อ - สกุล (สามัญ).....เลขสมาชิก สอ. ....เลขสมาชิกรัฐสภา.....

(3) สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

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

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

(4) การชำระเงิน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรก

ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท

ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า.....5,500.....บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....5,540.....บาท ( ห้าพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน )

ในกรณีที่สมัครวาระพิเศษเงินสมทบฯ จำนวน.....บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดที่สมาคมหรือศูนย์ประสานงานสมาคม

ชำระเงินเข้าบัญชีสมาคม ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเดอะคริสตัล ราชพฤกษ์ ชื่อบัญชี สมาคมสมาชิกรัฐสภา

สงเคราะห์สมาชิกรัฐสภาออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประเภทกระแสรายวัน (Bill Payment Pay- In Slip)

เลขที่บัญชี 468-0-39888-5

ชำระจากเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมสมาชิกรัฐสภาสมาชิกรัฐสภาออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



## คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย  
สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.2  
ของสมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลแห่งประเทศไทยทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

วันที่...../...../.....

## สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

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

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

## ความเห็นของกรรมการ

- เสนอ  เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสช.  
 ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

## ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสช.

- คำสั่ง  อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสช. ตั้งแต่วันที่.....  
ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่ ...../ 25.....เมื่อวันที่.....  
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

### ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- นายกสมาคม สสช.  
 กรรมการ สสช. ปฏิบัติการแทน  
นายกสมาคม สสช.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



### ใบรับรองแพทย์

#### ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสชท.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี  
 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 มีรายละเอียด ดังนี้

- (1) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (2) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้**
  - (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 สสชท. 2 ไม่มี มี (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....  
 (.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

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



### ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสท.

เขียนที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□□□ อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสท. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

#### 4.ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- (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 สสท. 2 ไม่มี มี (ระบุ).....

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้ สสท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสท. ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2566 ข้อ 15(4) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสท. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....  
(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสท.)

ลงชื่อ.....  
(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....  
(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์



**หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์  
สมาคมอานกิสงเคราะหฺสมาชิกรณออมทรพฺยสารารณสุขไทย**

เขียนที่.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 สมาชิกสมาคมอานกิสงเคราะหฺสมาชิกรณออมทรพฺยสารารณสุขไทย 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.  
 (.....)



# ตัวอย่างการกรอกเอกสาร และการลงนามในหน้านี้

หน้านี้เป็นเพียงตัวอย่าง กรุณากรอกข้อมูลในหนังสือยินยอมฉบับจริง

สสทท.9

## หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสทท.)

กรอกข้อมูลของผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์ ลำดับที่ 1

(ระบุชื่อใคร ลำดับที่ 1 ก็เขียนชื่อและกรอกข้อมูลคนนั้น)

เขียนเฉพาะในรอบนี้เท่านั้น! ที่อื่นไม่ต้องกรอกค่ะ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ชื่อ - นามสกุล ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ 1.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน  
เลขที่ [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....  
.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....**อนามัยสุรินทร**  
จำกัด.....หรือ.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....  
.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นผู้ (  ) รับเงินค่าจัดการศพ (  ) รับเงินสงเคราะห์ (  ) อื่นๆ ที่พึงได้รับ  
แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ.....**เขียนชื่อ - สกุล ผู้สมัคร**  
สหกรณ์ออมทรัพย์.....**อนามัยสุรินทร**.....จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้  
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

( ลงชื่อ ) .....**ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ 1**.....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....**ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ 1**.....)

( ลงชื่อ ) **ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ 2**.....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ ( ลงชื่อ ) **ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ 3**.....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....**ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ 2**.....)

(.....**ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ 3**.....)

บัตรประชาชน เลขที่.....**กรณากรอกข้อมูล**.....

บัตรประชาชน เลขที่.....**กรอกข้อมูล**.....

( ลงชื่อ ) **ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ 4**.....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ ( ลงชื่อ ) **ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ 5**.....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....**ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ 4**.....)

(.....**ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ 5**.....)

บัตรประชาชน เลขที่.....**กรณากรอกข้อมูล**.....

บัตรประชาชน เลขที่.....**กรอกข้อมูล**.....

( ลงชื่อ ) .....**เว้นว่างไว้**.....ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจ

(.....**เว้นว่างไว้**.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและมอบ  
อำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

( ลงชื่อ ) .....พยาน

( ลงชื่อ ) .....พยาน

(.....**พยาน 1 คน**.....)

(.....**พยาน 1 คน**.....)

ผู้สมัครระบุผู้รับเงินสงเคราะห์กี่คน ก็ให้ลงนามทุกคน

มี 1 คน ก็ลงนามแค่ 1 คน มีหลายคนก็ลงนามตามลำดับ

# สสธท. (ล้านที่ 1)

- 1.) สำเนาบัตรประชาชนของผู้สมัคร
- 2.) สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์
- 3.) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- 4.) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
- 5.) ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (ใช้แบบฟอร์มของสมาคมฯ เท่านั้น!)  
ออกโดยสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น! \*กรุณาประทับตรา รพ. ด้วย\*  
กรณีใบรับรองแพทย์ระบุ “เบาหวาน”



\*ให้แนบผลตรวจ FBS , HbA1C ครั้งล่าสุดมาด้วย

กรณีใบรับรองแพทย์ระบุ “ความดันโลหิต”

\*ให้ระบุและแนบผลการวัดความดันจาก รพ. ครั้งล่าสุดมาด้วย

กรณีใบรับรองแพทย์ระบุโรคอื่น ๆ กรุณาสอบถามศูนย์ประสานงานฯ

- 6.) กรณีสมทบคู่สมรส : เพิ่มสำเนาใบสมรส , เอกสารรับรองการทำงาน
- 7.) กรณีสมทบบุตร : เพิ่มเอกสารรับรองการทำงาน

เอกสารที่ยังไม่เรียบร้อย ศูนย์ประสานงานฯ จะยังไม่รับใบสมัครไว้หะคะ



ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม



0640652805



0854654504