







**(ตัวอย่าง)**



เลขทะเบียนสมาชิก กสท. ....

**ใบสมัครสมาชิก (ลำนที่ 3)**  
**กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสท.)**

เขียนที่..... กสท.....  
 วันที่..... 5 .....เดือน..... กันยายน..... พ.ศ. 2564

**โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง**

**เอกสารประกอบ**  
 (เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 เป็นต้นไป)

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา

2. สำเนาหนังสือสำคัญ สสท. พร้อมรับรองสำเนา

3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน (ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กสท.)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... **ชบา วงศ์ไทย** .....อายุ..... 46 ..... ปี  
 เลขประจำตัวประชาชน [1][2][3][4][5][6][7][8][9][0][1][2][3] เกิดวันที่..... 29 .....เดือน..... มกราคม..... พ.ศ. 2517

1. เลขทะเบียนสมาชิก กสท. ที่..... 123456 .....  สหกรณ์ออมทรัพย์..... **กรมควบคุมโรค** ..... จำกัด  สมัครงตรง กสท.
- เป็นสมาชิกสามัญ สสท. และ กสท. ลำนที่ 2  เป็นเจ้าหน้าที่ กสท./สสท.
- เป็นกรรมการ/ผู้ตรวจสอบกิจการ/เจ้าหน้าที่ ชสอ.
- เป็นสมาชิกสมทบ สสท. และ กสท. ลำนที่ 2 (ประเภทสมทบสหกรณ์ออมทรัพย์) ที่เป็นพนักงานราชการ/พทส./ ลูกจ้างชั่วคราว ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- เป็นสมาชิกสมทบคู่สมรส/สมทบบุตร สสท. และ กสท. ลำนที่ 2 **ที่ประกอบอาชีพ (โปรดระบุ) พนักงานบริษัทเอกชน**  
**ยกเว้นอาชีพเกษตรกร รับจ้างทั่วไป และผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพ**

2. สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร) บ้านเลขที่..... 89 ..... หมู่ที่..... 2 ..... ซอย..... **สวนผัก** ..... ถนน..... **นครินทร์** ..... ตำบล (แขวง)..... **บางสีทอง** ..... อำเภอ (เขต)..... **บางกรวย** ..... จังหวัด..... **นนทบุรี** ..... รหัสไปรษณีย์..... 11130 ..... โทรศัพท์บ้าน..... 02-345-6789 ..... โทรศัพท์มือถือ..... 081-234-5678

3. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสท.) ลำนที่ 3
4. การชำระเงินค่าสมัครและเบียประกันชีวิต ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรกเริ่มสมัคร เป็นเงิน..... 2,350 .....บาท (ค่าสมัคร 100 บาท และเบียประกันชีวิต..... 2,250 .....บาท)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินเบียประกันต่ออายุ กสท. ลำนที่ 3 ดังนี้

- ชำระเป็นเงินสดที่ กสท. หรือศูนย์ประสานงาน กสท.
- นำชำระเอง / โอนชำระแบบ KTB teller payment ของธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี ชื่อบัญชี กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย รหัสหน่วยงาน/Company Code : 92778 ค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท
- ชำระจากเงินปันผล เจลี่ยคิน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

5. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ต้นสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า (กรณีสหกรณ์ต้นสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน) และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสท.

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

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

**ได้ตรวจสอบแล้ว**  
 เป็นสมาชิก สสท. ทะเบียนเลขที่.....และ  
 เป็นสมาชิก กสท. ทะเบียนเลขที่.....จริง  
 .....  
 ( ..... )  
 เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสท.

ลงชื่อ..... **ชบา วงศ์ไทย** .....ผู้สมัคร  
 (..... **นางชบา วงศ์ไทย** .....)  
 ลงชื่อ.....กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ต้นสังกัด  
 (.....)

ความเห็นของกรรมการกองทุนฯ พิจารณารับเป็นสมาชิก ( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ  
 อาศัยระเบียบกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ข้อ 45 ตามมติที่ประชุมครั้งที่.....วันที่.....  
 ลงชื่อ.....ประธานกองทุนฯ / หรือผู้ได้รับมอบหมาย  
 (.....)



ใบรับรองแพทย์ (ล้าหนที่ 3)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธท. ล้าหนที่ 3

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... **ชบา วงศ์ไทย** .....

เลขประจำตัวประชาชน **1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3** ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้

โรคตามข้อ (3.1) – (3.9) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์  ไม่มี  มี (ระบุ).....

โรคประจำตัวอื่น ๆ ..... **—** .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... **นางชบา วงศ์ไทย** .....วันที่.....เดือน..... **กันยายน** ..... พ.ศ. **2564** .....

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....วันที่..... **1** .....เดือน..... **กันยายน** ..... พ.ศ. **2564** .....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง..... **สมชาย รักษา** .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... **ว.1234** .....

ได้ตรวจร่างกายและสอบประวัติ นาย/นาง/นางสาว..... **ชบา วงศ์ไทย** .....แล้ว มีรายละเอียดดังนี้

(1) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

(2) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี 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).....

(4) โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ)..... **—** .....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ..... **สมชาย รักษา** .....

(..... **นพ.สมชาย รักษา** .....) .....

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย กสธท. จะไม่รับเป็นสมาชิก

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธท. กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก กสธท. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ **1 ตุลาคม 2563** เป็นต้นไป



ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก กสธท. (ลํานที่ 3)

เขียนที่..... กสธท. วันที่ 2 เดือน กันยายน พ.ศ. 2564

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ชบา วงศ์ไทย

เลขประจำตัวประชาชน 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 อายุ..... 46 ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก กสธท. ดังนี้

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

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| (4.1) โรคมะเร็ง            | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.2) โรคหัวใจ             | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.3) โรคอ้วนโรค           | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.4) โรคปอดเรื้อรัง       | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.6) ภาวะไตวาย (ล้างไต)   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.7) โรคเอดส์             | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.8) โรคตับแข็ง           | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.9) โรคเอสแอลอี (SLE)    | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |

5. โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ)..... -

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้ กสธท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก กสธท. ตามระเบียบ กสธท. พ.ศ. 2564 ข้อ 14 (3) ได้ทันที และข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจาก กสธท. ทั้งสิ้นโดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ กสธท. ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ กสธท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ..... **ชบา วงศ์ไทย**  
 (..... **นางชบา วงศ์ไทย** .....)  
 (ผู้สมัครสมาชิก กสธท.)

ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ..... **ก้าน วงศ์ไทย**  
 (..... **นายก้าน วงศ์ไทย** .....)  
 พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์