



## ประกาศสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร

### เรื่อง

### การเปิดรับสมัครสมาชิก รอบ 1/2567 (วาระพิเศษ อายุ 56-65 ปี)

\*\*\*\*\*

อาศัยอำนาจตามความในข้อบังคับสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร พ.ศ.2566 ข้อ 51(1) และมติที่ประชุมคณะกรรมการ สสอท. ประจำเดือนตุลาคม ครั้งที่ 11/2566 เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2566 จึงออกประกาศเพื่อเปิดรับสมัครสมาชิก สสอท. รอบ 1/2567 (วาระพิเศษ อายุ 56-65 ปี) ดังนี้

**ข้อ 1** ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก สสอท. รอบ 1/2567 (วาระพิเศษ อายุ 56-65 ปี) ”

**ข้อ 2** ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 2 – 24 มกราคม 2567

**ข้อ 3** บรรดาประกาศ คำสั่ง หลักเกณฑ์ และวิธีการปฏิบัติอื่นใดที่กำหนดไว้แล้วในประกาศนี้ ซึ่งขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ให้ใช้ประกาศนี้แทน

**ข้อ 4** ผู้สมัครเป็นสมาชิก สสอท. ตามประกาศนี้จะต้องมีคุณสมบัติตามข้อ 5

**ข้อ 5** คุณสมบัติของผู้สมัคร

#### 5.1 สมาชิกสามัญ

5.1.1 เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ ซึ่งเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ พลอาสาสมัคร อาสาสมัครทหารพรานของสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร และเจ้าหน้าที่ของ สสอท.

5.1.2 อายุเกิน 55 ปี แต่ไม่เกิน 65 ปี (ไม่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2502 ถึง พ.ศ. 2511)

5.1.3 ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย และเป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

5.1.4 มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรือสุขภาพสมบูรณ์ หรือสุขภาพแข็งแรง” ณ วันสมัคร

#### 5.2 สมาชิกวิสามัญ

5.2.1 เป็นบุคคลซึ่งเป็นบิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของสมาชิก ประเภทสามัญที่บรรลุนิติภาวะ ตามข้อ 5.1.1

5.2.2 อายุเกิน 55 ปี แต่ไม่เกิน 65 ปี (ไม่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2502 ถึง พ.ศ. 2511)

5.2.3 ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย และเป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

5.2.4 มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรือสุขภาพสมบูรณ์ หรือสุขภาพแข็งแรง” ณ วันสมัคร

## ข้อ 6 เอกสารประกอบการสมัคร มีดังนี้

6.1 ใบสมัคร (สสอท.1 วาระพิเศษ) **\*สีเขียว** สำหรับสมาชิกสามัญ หรือใบสมัคร (สสอท.1/1 วาระพิเศษ) **\*สีเหลือง** สำหรับสมาชิกวิสามัญ (**ต้องกรอกข้อความต่าง ๆ ในใบสมัครด้วยตนเอง เท่านั้น**)

6.2 หนังสือแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ (สสอท.3 วาระพิเศษ) สำหรับสมาชิกสามัญ หรือหนังสือแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ (สสอท.3/1 วาระพิเศษ) สำหรับสมาชิกวิสามัญ (**ต้องกรอกข้อความต่าง ๆ ในหนังสือด้วยตนเอง เท่านั้น**)

6.3 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐของผู้สมัคร

6.4 สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร

6.5 ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบัน ชั้น 1 (ตามแบบ สสอท. 2 วาระพิเศษ) ที่แนบ โดยสามารถดาวน์โหลดได้จาก [www.ca-comil.com](http://www.ca-comil.com)) จาก **โรงพยาบาลของรัฐพร้อมประทับตรา** (รายละเอียดตามข้อ 11) เท่านั้น

6.6 ใบถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสอท. (วาระพิเศษ)

6.7 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรเจ้าหน้าที่ของรัฐของผู้จัดการศพและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน

6.8 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้จัดการศพและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน

6.9 สำเนาเอกสารประกอบอื่น ๆ

6.9.1 สำเนาทะเบียนสมรส กรณีผู้สมัครเป็นคู่สมรสของสมาชิกสามัญ หรือมอบเงินสงเคราะห์ให้คู่สมรส

6.9.2 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อ หรือชื่อสกุล

6.9.3 หนังสือรับรองของสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดที่มีได้เป็นศูนย์ประสานงานของ สสอท. พร้อมตราประทับของสหกรณ์ สำหรับผู้สมัครสมาชิกสามัญ

6.9.4 หนังสือรับรองจากหน่วยงานทางการปกครอง หรือจากผู้บังคับบัญชาโดยตรงต้นสังกัดของผู้สมัคร ซึ่งมีชั้นยศตั้งแต่พันโทขึ้นไปเท่านั้น (แบบ สสอท.17 พร้อมตราประทับ) กรณีเป็นผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ออกหนังสือรับรอง

6.10 สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก**ธนาคารทหารไทยธนชาติ จำกัด (มหาชน) ประเภทออมทรัพย์**ของผู้สมัครเท่านั้น

หมายเหตุ 1. สำเนาเอกสารทุกฉบับ เจ้าตัวจะต้องลงนามรับรองว่า “สำเนาถูกต้อง”

2. ผู้สมัครจะต้องลงนามรับรองสำเนาเอกสารตามข้อ 6.7 , ข้อ 6.8 และ ข้อ 6.9.2 ทุกฉบับ

## ข้อ 7 การสมัคร

7.1 ผู้สมัครต้องกรอกใบสมัคร และยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารต่าง ๆ ตามข้อ 6 **ด้วยตนเอง** เท่านั้น โดยจะต้องบันทึกรูปภาพ ระหว่างการเขียนใบสมัครต่อหน้าเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน จำนวน 1 ภาพ ที่สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดของสมาชิกสามัญซึ่งเป็นศูนย์ประสานงานของ สสอท. (หากตรวจพบ หรือปรากฏในภายหลังมีได้สมัครด้วยตนเอง จะต้องพ้นสมาชิกภาพทันทีและไม่ได้รับสิทธิใด ๆ ทั้งสิ้น)

ในกรณีที่สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ที่มีได้เป็นศูนย์ประสานงาน ให้สมัครโดยตรง ณ ที่สำนักงานของสมาคม เลขที่ 124/125 หมู่บ้านนนทรี 5 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130 (ฝั่งตรงข้ามกับอาคารชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย จำกัด) เพียงแห่งเดียวเท่านั้น ในวันราชการเวลา ระหว่างเวลา 09.00 - 12.00 น. และ 13.00 - 16.00 น. (พักกลางวัน 12.00 - 13.00 น.)

7.2 การชำระเงินค่าสมัครวาระพิเศษ ตามตารางดังนี้ (ไม่รับชำระเป็นเงินสด สามารถชำระผ่าน Mobile Banking ได้ทุกธนาคารโดยการสแกน QR Code)

พ.ศ (ตามปีเกิด)	อายุของสมาชิก ณ วันที่สมัคร (ปี)	ค่าสมัคร (บาท)	ค่าบำรุง รายปี (บาท)	เงินสงเคราะห์ ล่วงหน้าหน้า รอบ 1/2567 (วาระพิเศษ)	เงินสมทบกองทุน เพื่อความมั่นคง รอบ สมัครวาระพิเศษ	รวมเป็นเงิน (บาท)
2511	56	100	50	4,800	4,800	9,750
2510	57	100	50	4,800	9,300	14,250
2509	58	100	50	4,800	13,800	18,750
2508	59	100	50	4,800	18,300	23,250
2507	60	100	50	4,800	22,800	27,750
2502-2506	61-65	100	50	4,800	27,300	32,250

หมายเหตุ: วิธีการนับอายุที่สมัคร สสอท.วาระพิเศษ (นับตาม พ.ศ.เกิด)

**ข้อ 8** ผู้สมัครที่เคยเป็นสมาชิก สสอท. แต่พ้นจากสมาชิกภาพไปแล้ว ถ้ามาสมัครใหม่จะต้องชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าค้างจ่ายเพิ่มเติมจากข้อ 7.2

**ข้อ 9** แบบต่าง ๆ ที่ใช้ในการสมัครต้องเป็นไปตามแบบที่สมาคมกำหนด โดยรับได้จากสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดที่เป็นศูนย์ประสานงานของ สสอท. เมื่อประสงค์ที่จะสมัคร และต้องเขียนต่อหน้าเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

**ข้อ 10** ผู้ออกใบรับรองแพทย์ตาม ข้อ 6.5 ต้องเป็นแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของโรงพยาบาลภาครัฐ หรือโรงพยาบาลของกองทัพเท่านั้น

**ข้อ 11** แพทย์ผู้ออกใบรับรองแพทย์ จะต้องรับรองว่าขณะตรวจร่างกายผู้ประสงค์จะสมัครเข้าเป็นสมาชิก สสอท. ตามประกาศนี้ เป็น **“สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรือสุขภาพสมบูรณ์ หรือสุขภาพแข็งแรง”**

**โดยโดยปราศจากประวัติการรักษาโรคดังกล่าวต่อไปนี้**

(1) โรคมะเร็ง (2) โรคหัวใจ (3) วัณโรค (4) โรคปอดเรื้อรัง (5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง  
(6) ภาวะไตวาย (ล้างไต) (7) โรคเอดส์ (8) โรคตับแข็ง (9) โรคเอสแอลอี (SLE)  
(10) โรคประจำตัวร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ทาง สสอท. ไม่รับเป็นสมาชิก

ทั้งนี้ การรับสมัครสมาชิก สสอท. ไม่รับสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค 9 โรค ดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งโรคประจำตัวร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

ใบรับรองแพทย์ที่แพทย์ออกให้ตามวรรคหนึ่งจะต้องมีตราประทับของโรงพยาบาลนั้น ๆ โดยให้มีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน **30 วัน** นับแต่วันที่ได้มีการตรวจร่างกาย **ถึงวันที่สมัคร**

**ข้อ 12** ผู้ใดแสดงข้อความอันเป็นเท็จเกี่ยวกับคุณสมบัติและหรือ เอกสารใด ๆ ประกอบการสมัครตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ เพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิในการสมัครเป็นสมาชิก สสอท. ของบุคคลนั้น ให้ตกเป็นโมฆะและไม่ได้รับสิทธิสงเคราะห์ตามข้อบังคับ สสอท. ทุกกรณี

**ข้อ 13** คณะกรรมการ สสอท. พิจารณาและรับรองผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ให้ได้รับสิทธิ์สงเคราะห์ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2567 เวลา 09.00 น. เป็นต้นไป โดยจะประกาศให้ทราบผ่านศูนย์ประสานงานที่รับสมัคร ภายในวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2567 สำหรับผู้สมัครตรงให้ติดตามทาง [www.ca-comil.com](http://www.ca-comil.com)

กรณีการเสียชีวิตและทายาทจะได้รับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

13.1 การเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ นับตั้งแต่ 1 มีนาคม 2567 เวลา 09.00 น. เป็นต้นไป

13.2 การเสียชีวิตด้วยโรคทั่วไป การฆ่าตัวตาย และการฆาตกรรม **ยกเว้นการเสียชีวิตด้วยสาเหตุ 9 โรค ตามใบรับรองแพทย์ (สสอท.2 ภาวะพิเศษ)** นับตั้งแต่ 1 มีนาคม 2568 เวลา 09.00 น. เป็นต้นไป (ระยะเวลา 1 ปี)

13.3 การเสียชีวิตทุกกรณี นับตั้งแต่ 1 มีนาคม 2569 เวลา 09.00 น. เป็นต้นไป (ระยะเวลา 2 ปี)

**กรณีเสียชีวิตก่อนระยะเวลาที่คณะกรรมการของ สสอท. มีมติอนุมัติรับเป็นสมาชิก** ตามข้อ (13.1), (13.2) และ (13.3) ไม่มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น และทาง สสอท. จะหักเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าศพ ให้แก่สมาชิกที่เสียชีวิตไปก่อน ตั้งแต่วันที่สมาชิกภาพสมบูรณ์ หากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ ทาง สสอท. จะดำเนินการคืนให้หรือหากเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าไม่พอหัก ทาง สสอท. ก็จะเรียกเก็บเพิ่ม ส่วนเงินสมทบกองทุนเพื่อความมั่นคง รอบสมัครวาระพิเศษ ทาง สสอท. จะคืนเงินให้กับทายาท (โดยไม่มีดอกเบี้ย)

**กรณีผู้สมัครไม่ผ่าน** ทาง สสอท. จะไม่ส่งคืนเงินค่าสมัคร และเอกสารประกอบการสมัครทุกฉบับของผู้สมัคร สสอท. ไม่รับเข้าเป็นสมาชิก แต่จะส่งคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เงินค่าบำรุงรายปี และเงินสมทบกองทุนเพื่อความมั่นคง รอบสมัครวาระพิเศษ ภายในวันที่ 15 มีนาคม 2567 เข้าบัญชีธนาคารทหารไทยธนชาติ จำกัด (มหาชน) ของผู้สมัคร

**ข้อ 14** กรณีที่มีการตีความหรือวินิจฉัยชี้ขาดการรับสมัครเข้าเป็นสมาชิก ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการ สสอท. ตามข้อบังคับฯ และถือเป็นอันสิ้นสุด

**ข้อ 15** ให้นายก สสอท. รักษาการตามประกาศนี้

จึงประกาศมาให้ทราบ และถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด

ประกาศ ณ วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

พลเอก

  
( สุรินทร์ แพไต )

นายกสมาคม

ฅาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร



สำหรับเจ้าหน้าที่  
 รอบที่ ..... / .....  
 เลขฌาปนกิจ .....

ใบสมัครสมาชิกสามัญ

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร (สสอท.)

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศเต็ม ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี  
 เลขประจำตัวประชาชน --- เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 (1) เป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ ..... จำกัด เลขทะเบียน.....และเป็น  
 ข้าราชการ  พนักงานราชการ  ลูกจ้างประจำ  อื่นๆ ระบุ .....

(2) สถานภาพ  
 โสด  สมรส คู่สมรส ชื่อ.....  หย่า  หม้าย

(3) สถานที่อยู่ (ที่ติดต่อได้สะดวก)  
 บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... E-mail.....

(4) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)  
 บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... E-mail.....

(5) ข้าพเจ้าได้ชำระเงินให้แก่สมาคม ดังนี้  
 เงินค่าสมัคร 100 บาท  เงินค่าบำรุงรายปี 50 บาท  เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า .....บาท

(6) ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการชำระเงินต่างๆให้แก่สมาคมในปีต่อไป ดังนี้  
 หักเงินปันผลและ/หรือเงินเฉลี่ยคืน  จ่ายเป็นเงินสด  ขอกู้เงินกับสหกรณ์ในเดือน.....  อื่นๆ ระบุ.....

(7) ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้ ..... เป็นผู้จัดการศพโดยให้ได้รับเงิน  
 สงเคราะห์เบื้องต้นเพื่อจัดการศพ จำนวน 100,000 บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับฯ ตลอดจนเงื่อนไขการปฏิบัติต่างๆของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหารเป็นอย่างดีแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับฯ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อผู้สมัครด้วยความเต็มใจ และมีสติสัมปชัญญะโดยไม่มีผู้ใดข่มขู่หรือกระทำการใดๆ

**โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง**

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
2. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
3. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
4. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง จากโรงพยาบาลของรัฐ มีอายุไม่เกิน 30 วัน
5. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้จัดการศพ
6. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารทหารไทยธนชาติ จำกัด (มหาชน) เท่านั้น

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
 (.....)  
 สมาชิก สอ. ....จำกัด  
 เลขทะเบียน สอ. ....

**สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน**

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกสามัญ สสอท. พร้อมกันนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนทั้ง 7 ข้อ พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคมฯ ปณิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร รวมทั้งประกาศ สสอท. เรื่องรับสมัครสมาชิก สสอท. หรือ การเปิดรับสมัคร เป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ .....

(.....)

**ผู้รับสมัคร**

เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์.....

..... / ..... / .....

**สำหรับกรรมการ สสอท.**

- อนุมัติ** รับเข้าเป็นสมาชิก สสอท. ตั้งแต่วันที่ .....  
(คราวประชุม เมื่อวันที่ .....) )
- ไม่อนุมัติ** เนื่องจาก.....  
.....

ลงชื่อ .....

(.....)

**กรรมการ สสอท.**

..... / ..... / .....



**หนังสือแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์สมาชิกสามัญ  
สมาคมชาวประมงและพ่อค้าปลีกรวมใจ สสอท.**

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศเต็ม .....นามสกุล..... อายุ ..... ปี  
เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ .....  
เลขทะเบียนสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ .....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ซอย ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ .....

ปัจจุบันทำงานประจำในตำแหน่ง ..... สถานที่ทำงาน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... ต่อ .....

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสอท. พึ่งจ่าย โดยจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

1. .... เลขประจำตัวประชาชน ..... เกี่ยวข้องเป็น .....
2. .... เลขประจำตัวประชาชน ..... เกี่ยวข้องเป็น .....
3. .... เลขประจำตัวประชาชน ..... เกี่ยวข้องเป็น .....
4. .... เลขประจำตัวประชาชน ..... เกี่ยวข้องเป็น .....
5. .... เลขประจำตัวประชาชน ..... เกี่ยวข้องเป็น .....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อให้คำยินยอมไว้เป็นสำคัญ ในหนังสือนี้



(ลงชื่อ) ..... ผู้ให้คำยินยอม  
(.....)

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร  
(.....)

(ลงชื่อ) ..... ผู้จัดการศูนย์ประสานงาน  
(.....)

(ลงชื่อ) ..... กรรมการ สสอท.  
(.....)

**\*หมายเหตุ** ตามประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2545 เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่ายและการเก็บรักษาเงินของสมาคมชาวประมงและพ่อค้าปลีกรวมใจ กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ตามข้อ (2) จะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้ 1. สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา 2. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน 3. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน 4. ปู่ ย่า ตา ยาย 5. ลุง ป้า น้า อา 6. ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู (มีหนังสือรับรองของทางราชการ)



### ใบรับรองแพทย์

#### ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสอท.

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว/ ยศเต็ม - สกุล) .....ต้นสังกัด สอ. ....จำกัด  
ที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้

โรคตามข้อ (1.) – (9.) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์  ไม่มี  มี (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าประวัติสุขภาพตามข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....

(.....)

แจ้งไว้วันที่ .....เดือน ..... พ.ศ. ....

#### ส่วนที่ 2 ของแพทย์

โรงพยาบาล (สถานที่ตรวจ) .....เป็นโรงพยาบาลรัฐบาล สังกัด .....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (ยศ - ชื่อ - สกุล) .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....

ได้ตรวจร่างกาย (นาย/ นาง/ นางสาว/ ยศเต็ม - สกุล).....

แล้วเมื่อวันที่ .....เดือน ..... พ.ศ. .... มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว ..... กก. ความสูง ..... ซม. ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท ชีพจร..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์  ปกติ

ผิดปกติ (ระบุ) .....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือนหรือ  
ปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการหรือแสดงอาการของโรค  
ดังต่อไปนี้

- 1. โรคมะเร็ง  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
- 2. โรคหัวใจ  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
- 3. โรควัณโรค  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
- 4. โรคปอดเรื้อรัง  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
- 5. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
- 6. ภาวะไตวาย (ล้างไต)  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
- 7. โรคเอดส์  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
- 8. โรคตับแข็ง  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
- 9. โรคเอสแอลอี (SLE)  ไม่มี  มี (ระบุ) .....



สรุปความเห็นแพทย์และข้อแนะนำของแพทย์ .....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

- หมายเหตุ**
- (1) ทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  ที่เป็นจริง
  - (2) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  - (3) ให้สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง หรือ สมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
  - (4) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ 1 – 9 หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ให้ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที
  - (5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดเท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสอท. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2566 เป็นต้นไป (สำหรับผู้สมัครวาระพิเศษเท่านั้น)





ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสอท. (วาระพิเศษ)

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

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว/ ยศเต็ม - สกุล)..... นามสกุล .....

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

ขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสอท. (วาระพิเศษ) ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- 4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้
  - 4.1 โรคมาเรียมะเร็ง  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) .....

5. โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ) .....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้ดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะ ให้ สสอท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสอท. ตามข้อบังคับ สสอท. พ.ศ. 2566 (ฉบับที่ 2) ข้อ 16(5) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้า จะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใด ๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสอท. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของ สสอท.ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสอท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้พร้อมนี้ ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญด้วยแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้สมัครสมาชิก สสอท.  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 1  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 2  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 3  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 4  
(.....)

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน  
(.....)

ลงชื่อ ..... ประธาน/ผู้จัดการศูนย์ประสานงาน  
(.....)



หมายเหตุ ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลงลายมือชื่อทุกคน ถ้าไม่พอให้เขียนเพิ่ม