

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 / สามัญ

กองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

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

ชำระเป็นเงินสดที่ศูนย์ประสานงานกองทุนสวัสดิการฯ (สหกรณ์ต้นสังกัด)

ชำระเงินเข้าบัญชีกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลขที่บัญชี.....

ชำระจากการหักเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขของกองทุนฯทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



### สำหรับเจ้าหน้าที่กองทุนสวัสดิการฯ ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินเบี้ยประกันชีวิต ตามข้อบังคับ และระเบียบกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกาศ เรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

### ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

#### เสนอ

- เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

### ความเห็นสำหรับคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

#### คำสั่ง

- อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์  
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

**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) โรคเมเร็งทุกชนิด 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 กองทุนสวัสดิการสมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะไม่รับเป็นสมาชิก****(5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่กองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก**

เรียน ประธานกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ ตาม (1) – (5) หาก

ข้าพเจ้ารู้อยู่แล้ว และเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ กองทุนสวัสดิการสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพกองทุนสวัสดิการสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 1/2561

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิก)

(.....)ตัวบรรจง



## หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ

กองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

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

สมาชิกกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เลขทะเบียนที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

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

โทรศัพท์.....มือถือ.....

### 1. สถานภาพ

โสด  สมรส คู่สมรสชื่อ.....  หย่าหรือหม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสวัสดิการ โดยให้กองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

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  ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน

อื่น ๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก กองทุนสวัสดิการฯ

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ กองทุนสวัสดิการฯ

(.....)



หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสวัสดิการ  
กองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข  
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัว

ประชาชนเลขที่  ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....

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

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

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

พร้อมผู้ลงนามยินยอมและมอบอำนาจทำหนังสือนี้ ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์.....

เป็นผู้รับเงินสวัสดิการกองทุนฯ แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวไปชำระหนี้ของ.....

ที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด จนแล้วเสร็จ

กองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือจนเสร็จการ

ข้าพเจ้า/คณะ ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบ  
อำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้ยินยอมและรับ  
มอบอำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

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

(.....)

(.....)