โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง
เอกสารประกอบ (เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2569 เป็นต้นไป) ☐ 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา ☐ 2. สำเนาหนังสือสำคัญ สสธท. พร้อมรับรองสำเนา ☐ 3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน (ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กสธท.) ☐ 4. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)

กสธท. 1

เลขทะเบียนสมาชิก กสธท. .....

ใบสมัครสมาชิก (ล้านที่ 3)

กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

1. เป็นสมาชิก กสธท. ล้านที่ 2 เลขทะเบียนที่..... ☐ สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด ☐ สมัครตรง กสธท.

2. <u>ประกอบอาชีพ</u>

2.1 ☐ เป็นสมาชิกประเภทสามัญ สสธท. หรือ สมทบสหกรณ์ออมทรัพย์ สสธท.

2.1.1 ☐ รับราชการ ดังนี้

(1) ☐ ข้าราชการ ตำแหน่ง (ระบุ) .....

(2) ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ พนักงานราชการ ☐ ลูกจ้างชั่วคราว ☐ พกส. ตำแหน่ง (ระบุ) .....

2.1.2 ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ บำเหน็จ ☐ บำเหน็จรายเดือน

2.1.3 ☐ เจ้าหน้าที่ สสธท. / กสธท. ตำแหน่ง (ระบุ) .....

2.1.4 ☐ เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข / โรงพยาบาล ตำแหน่ง (ระบุ) .....

2.1.5 ☐ กรรมการ / ผู้ตรวจสอบฯ / เจ้าหน้าที่ ชสอ. ตำแหน่ง (ระบุ) .....

2.1.6 ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

2.2 เป็นสมาชิกประเภทสมทบ สสธท. ของสมาชิกประเภทสามัญ สสธท. ระบุชื่อ-สกุล.....

☐ คู่สมรส ☐ คู่สมรสเท่าเทียม ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา **อาชีพ (ระบุ)** .....

3. สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....ID Line……..……..……..

****กรณีฉุกเฉินติดต่อ** โปรดระบุ (นาย/นาง/นางสาว).....เกี่ยวข้องเป็น.....

โทรศัพท์มือถือ.....ID Line……

4. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.) ล้านที่ 3

5. การชำระเงินค่าสมัครแรกเข้าและค่าเบี้ยสงเคราะห์ชีวิต ดังนี้

ค่าสมัครแรกเข้า 100 บาท และค่าเบี้ยสงเคราะห์ชีวิต.....บาท **รวมเป็นเงิน.....บาท**

6. ช่องทางการชำระเงินค่าเบี้ยสงเคราะห์ชีวิตต่ออายุ

☐ หักจากเงินปันผล/เฉลี่ยคืน ☐ เงินสด ☐ เคาน์เตอร์เซอร์วิส 7-ELEVEN ☐ Mobile Application ธ.กรุงไทย NEXT

☐ หักผ่านบัญชี **<u>ธนาคารกรุงไทย</u>** สาขา.....เลขที่บัญชี.....

7. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ชีวิตให้สหกรณ์ต้นสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า **(กรณีสหกรณ์ต้นสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน)** และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสธท.

8. ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ และประกาศของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามระเบียบและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

9. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่เคยมีประวัติการรักษาโรคตามใบรับรองแพทย์ที่ กสธท. กำหนด) มาก่อนวันสมัคร ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 9.3 หากข้าพเจ้ารู้แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความนั้น เป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอม ให้ กสธท. ใช้สิทธิ์ตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ กสธท. ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 14 (1) (3) และ (8) ได้

ได้ตรวจสอบแล้ว
เป็นสมาชิก สสธท. (ล้านที่ 1) เลขที่.....และ เป็นสมาชิก กสธท. (ล้านที่ 2) เลขที่.....จริง ……. ( ) เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสธท.

ลงชื่อ…….....ผู้สมัคร

(……..……)

ลงชื่อ…….....กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ต้นสังกัด

(……..……..……)