



ท กสธ. ว. 2354 /2567

27 กุมภาพันธ์ 2567

เรื่อง การรับสมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย กสธ. ล้านที่ 2 (วาระปกติ) กสธ. ล้านที่ 2 (วาระพิเศษ) กสธ. ล้านที่ 3 และ กสธ. ล้านที่ 4 รอบที่ 4/2567 ประจำเดือนมีนาคม 2567

เรียน ประธานกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข หรือสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาล หรือสหกรณ์ออมทรัพย์หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำกัด

- | | | |
|------------------|--|-------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | 1. ประกาศรับสมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการสมาชิก กสธ. | จำนวน 1 ชุด |
| | 2. ใบสมัครสมาชิก กสธ. ล้านที่ 2 กสธ. ล้านที่ 3
และ กสธ. ล้านที่ 4 | จำนวน 1 ชุด |
| | 3. ใบรับรองแพทย์ กสธ. ล้านที่ 2 และ กสธ. ล้านที่ 3
และ กสธ. ล้านที่ 4 | จำนวน 1 ชุด |
| | 4. ประกาศกองทุนสวัสดิการสมาชิก กสธ. | จำนวน 1 ชุด |

เรื่อง กำหนดโรครายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

ตามที่ กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.) ได้จัดตั้งขึ้น เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2558 ตามความจำเป็นและความต้องการของสมาชิก และกำหนดข้อบังคับของ กองทุนสวัสดิการสมาชิก กสธ. เสนอที่ประชุมใหญ่สามัญครั้งแรกพิจารณาอนุมัติข้อบังคับทั้งฉบับ เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2558 เพื่อเป็นสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวสมาชิก สสธ. เพิ่มอีก 1 ล้านบาท รวมทั้งเพื่อเป็นหลักประกันของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยเพิ่มขึ้น ให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบัน นั้น

ผลการดำเนินการกองทุนสวัสดิการสมาชิก กสธ. ณ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2567 มีสมาชิก กสธ. ล้านที่ 2 จำนวน 91,539 ราย จากจำนวนสมาชิก สสธ. (229,870 ราย) คิดเป็นร้อยละ 39.82 มีสมาชิก กสธ. ล้านที่ 3 จำนวน 17,004 ราย จากจำนวนสมาชิก กสธ. ล้านที่ 2 (91,539 ราย) คิดเป็นร้อยละ 18.58 และมีสมาชิก กสธ. ล้านที่ 4 จำนวน 4,409 ราย จากจำนวนสมาชิก กสธ. ล้านที่ 3 (17,004 ราย) คิดเป็นร้อยละ 25.93 อาศัยอำนาจตามความในข้อ 8 ข้อ 9 ข้อ 10 และข้อ 11 แห่งระเบียบกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย พ.ศ. 2566 และโดยที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 4/2567 เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2567 ได้มีมติเห็นชอบกำหนดหลักเกณฑ์และประกาศรับสมัครสมาชิก กองทุนสวัสดิการสมาชิก กสธ. รอบที่ 4/2567 ประจำเดือนมีนาคม 2567 และเปิดโอกาสให้สมาชิก ผู้มีคุณสมบัติต้องเป็นสมาชิกสมาคมภายนอกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ตามระเบียบ กสธ. พ.ศ. 2566 ข้อ 9.1.1 (1) (2) (3) ข้อ 9.1.2 และข้อ 9.1.3 (1) (2) (3) (4) (5) (6) เท่านั้น ที่มีสุขภาพแข็งแรง เพื่อสมัครเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการสมาชิก กสธ. โดยสมัครใจอย่างทั่วถึง ดังนี้

กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.)

เลขที่ 199/9 อาคารเพชรพานิช ชั้น 4 หมู่ที่ 2 ถนนครอินทร์ ตำบลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

โทรศัพท์ 0 2496 1350-57, 09 2581 8080, 09 2592 4199 โทรสาร 0 2496 1359





โปรดเมย์ให้ความรู้และขอข้อมูลให้ครบถ้วนช่อง

เอกสารประกอบ

(เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 เป็นต้นไป)

- 1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรประจำตัวประชาชน
พร้อมรับรองสำเนา
- 2. สำเนาหนังสือสำคัญ สสธ. พร้อมรับรองสำเนา
- 3. ใบบัตรของแพทย์บัตรจังหวัด วีอาบูไม่เกิน 30 วัน
(ตามแบบฟอร์มใบบัตรของ สสธ.)

เลขทะเบียนสมาชิก กสธท.

ใบสมัครสมาชิก (ล้านที่ 2)

กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

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

1. เลขทะเบียนสมาชิก สสธ. ที่..... สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด สมัครตรง กสธท.

เป็นสมาชิกสามัญ สสธ. เป็นเจ้าหน้าที่ กสธท./สสธ. เป็นกรรมการ/ผู้ตรวจสอบกิจการ/เจ้าหน้าที่ ชสอ.

เป็นสมาชิกสมทบ สสธ. (ประเภทสมทบสหกรณ์ออมทรัพย์) ที่เป็นพนักงานราชการ/พกส./ลูกจ้างชั่วคราว ในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข

เป็นสมาชิกสมทบคู่สมรส สสธ./สมทบบุตร สสธ. ที่ประกันอาชีพ (โปรดระบุ)
ยกเว้นอาชีพเกษตรกร และผู้ที่ไม่ได้ประกันอาชีพ

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

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

3. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)

4. การชำระเงินค่าสมัครและเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรกเริ่มสมัคร เป็นเงิน..... บาท (ค่าสมัคร 100 บาท และเบี้ยประกันชีวิต..... บาท)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินเบี้ยประกันต่ออายุ กสธท. ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดที่ กสธท. หรือศูนย์ประสานงาน กสธท.

นำชำระเอง / โอนเข้าระบบ KTB teller payment ของธนาคารกรุงไทย สาขาหนองบุรี ชื่อบัญชี กองทุน
สวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย รหัสหน่วยงาน/Company Code : 92778 ค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท

ชำระจากเงินบั้นผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ดันสังกัด

5. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ดันสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า (กรณีสหกรณ์
ดันสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน) และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสธ.

6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า เมื่อคณะกรรมการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบและประกาศของ
กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ทุกประการ และจะส่งเสริม สนับสนุน กสธท. ให้เจริญรุ่งเรืองยิ่งๆ ขึ้นไป

7. ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่เคยมีประวัติ
การรักษาโรคตามใบรับรองแพทย์ที่ กสธท. กำหนด) มาก่อนวันสมัคร ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 9.3 หากข้าพเจ้ารู้แล้ว
จะเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแกล้งข้อความนั้น เป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอม ให้ กสธท. ใช้สิทธิ์ตัดรายชื่อ
พั้นสมาชิกภาพ กสธท. ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 14 (1) (3) และ (7) ได้

ได้ตรวจสอบแล้ว

เป็นสมาชิก สสธ. ประจำเลขที่..... จริง

(.....)
เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสธท.

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ..... กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ดันสังกัด

(.....)

ความเห็นของกรรมการกองทุนฯ พิจารณาปรับเป็นสมาชิก () อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

อาศัยระเบียบกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ข้อ 45 ตามมติที่ประชุมครั้งที่..... วันที่.....

ลงชื่อ..... ประธานกองทุนฯ / หรือผู้ได้รับมอบหมาย

(.....)



ใบรับรองแพทย์ (ล้านที่ 2)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธ. ล้านที่ 2

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้โรคตามข้อ (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.....

ได้ตรวจร่างกายและสอบถามประวัติ นาย/นาง/นางสาว..... แล้ว มีรายละเอียดดังนี้

 (1) ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได (2) ไม่มีจิตพิ�fpion 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 กสธ. 2

 ไม่มี มี (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชนหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) กสธ. จะไม่รับเป็นสมาชิก

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธ. กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก กสธ. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ถ้อยແດລງແລ້ວໃຫ້ກາຍເນຍອນຂອງຜູ້ສມັດສາມີກ ກສທ. (ລ້ານທີ 2)

ເງື່ອນທີ..... ວັນທີ..... ເດືອນ..... พ.ศ.....

ຂ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ນາງ/ນາງສາວ.....

ເລີງປະຈຳຕັ້ງປະຊາບ ອາຍຸ..... ປີ

ຂ້າພເຈົ້າຂອ້າໄຫວ່ຕື່ສຸກພາພຂອງຂ້າພເຈົ້າເພື່ອປະກອບກາຮສມັດສາມີກ ກສທ. ດັ່ງນີ້

- 1. ມີສຸກພາພແຂ້ງແຮງ
- 2. ໄມເປັນຜູ້ມີກາຍຖຸພລກາພ ຈະໄມ່ສາມາຄົມປົງປັດທິນໍາທີ່ໄດ້
- 3. ໄມມີຈົດຟື່ນເຝືອນ ໄມ່ສມປະກອນ

4. ປະວັດກາຮຮັກໜາໂຮຕ່ອໄປນີ້

- | | |
|--|--|
| (4.1) ໂຮມະເຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.2) ໂຮຄ້ວາໃຈ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.3) ໂຮຄວັນໂຮຄ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.4) ໂຮຄປອດເວື່ອຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.5) ໂຮຄເບາຫວານຂັ້ນຽນແຮງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.6) ກາວະໄຕວາຍ (ລ້າງໄຕ) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.7) ໂຮຄເອດສ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.8) ໂຮຄຕັບແຂ້ງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.9) ໂຮຄເອສແອລອີ (SLE) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.10) ໂຮຄຮ້າແຮງອື່ນໆ ທີ່ຄະນະການກາຮເຫັນວ່າອັນດຽຍ ຕາມປະກາສແນບທ້າຍຂອງ ກສທ. 2 | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |

ຂ້າພເຈົ້າຂອ້າຍືນວ່າຄື່ອຍແດລງທີ່ໃຫ້ໄວ້ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະກາຮ ພາກຂ້າພເຈົ້າແດລງຂ້ອງຄວາມອັນເປັນເທົ່າລ້ວ
ໃຫ້ ກສທ. ຕັດສິກີ້ຈາກການເປັນສາມີກ ກສທ. ຕາມຮະບັບການ ກສທ. พ.ສ. 2566 ຂໍ້ 14 (3) ໄດ້ທັນທີ
ແລ້ວຂ້າພເຈົ້າຂອ້າຍືນວ່າສະສິກີ້ໃນການທີ່ຈະຮັບເງິນສວັສດີກາຮສົງເຄຣະໜ້າຮ່ວມມື
ຂ້າພເຈົ້າໄມ່ຕິດໃຈທີ່ຈະເຮືອກຮ້ອງເງິນສວັສດີກາຮສົງເຄຣະໜ້າຮ່ວມມືເຈົ້າໄດ້ຈາກ ກສທ. ຖັນສິນ
ໂດຍຂ້າພເຈົ້າຍືນຍອນປົງປັດຕາມຮະບັບການ ກສທ. ທຸກປະກາຮ

ຂ້າພເຈົ້າຍືນຍອນເປີດແຜຍປະວັດສຸກພາພຂອງຂ້າພເຈົ້າ ໂດຍນອນໃຫ້ ກສທ. ຂອປະວັດກາຮຮັກໜາຂອງຂ້າພເຈົ້າ
ຈາກສຕາພຍານາລທີ່ເກີ່ວຂອງໄດ້

ลงชื่อ.....

(.....)

(ຜູ້ສມັດສາມີກ ກສທ.)

ลงชื่อ.....

(.....)

ພຍານ/ເຈົ້າໜ້າທີ່ຫຼຸ່ມຢັ້ງປະສານງານ

ลงชื่อ.....

(.....)

ພຍານ/ຜູ້ມີຫຼຸ່ມຮັບເງິນສວັສດີກາຮສົງເຄຣະໜ້າ

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบถูกช่อง

เอกสารประกอบ

(เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 เป็นต้นไป)

- 1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรประจำตัว
พร้อมรับรองสำเนา
- 2. สำเนาหนังสือสำคัญ สสธ. พร้อมรับรองสำเนา
- 3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
(ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กสธ.)



เลขทะเบียนสมาชิก กสธ.

ใบสมัครสมาชิก (ล้านที่ 3)

กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.)

เจียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

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

1. เลขทะเบียนสมาชิก กสธ. ที่..... สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด สมัครตรง กสธ.

เป็นสมาชิกสามัญ สสธ. และ กสธ. ล้านที่ 2 เป็นเจ้าหน้าที่ กสธ./สสธ.

เป็นกรรมการ/ผู้ตรวจสอบกิจการ/เจ้าหน้าที่ ชสอ.

เป็นสมาชิกสมทบ สสธ. และ กสธ. ล้านที่ 2 (ประเภทสมทบสหกรณ์ออมทรัพย์) ที่เป็นพนักงานราชการ/พกส./
ลูกจ้างชั่วคราว ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เป็นสมาชิกสมทบคู่สมรส/สมทบบุตร สสธ. และ กสธ. ล้านที่ 2 ที่ประกอบอาชีพ (โปรดระบุ)
ยกเว้นอาชีพเกษตรกร และผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพ

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

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

3. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.) ล้านที่ 3

4. การชำระเงินค่าสมัครและเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรกเริ่มสมัคร เป็นเงิน..... บาท (ค่าสมัคร 100 บาท และเบี้ยประกันชีวิต..... บาท)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินเบี้ยประกันต่ออายุ กสธ. ล้านที่ 3 ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดที่ กสธ. หรือศูนย์ประสานงาน กสธ.

นำชำระเงิน / โอนเข้าระบบ KTB teller payment ของธนาคารกรุงไทย สาขาหนองบุรี ชื่อบัญชี กองทุน
สวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย รหัสหน่วยงาน/Company Code : 92778 ค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท

ชำระจากเงินบั้นผล เนื่องด้วย ขาดสหกรณ์ดันสังกัด

5. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมเงินสวัสดิการส่งเคราะห์ให้สหกรณ์ดันสังกัด เพื่อช่วยเหลือของข้าพเจ้า (กรณีสหกรณ์ต้น
สังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน) และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในสหกรณ์หรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสธ.

6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า เมื่อคณะกรรมการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบและประกาศของ
กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ทุกประการ และจะส่งเสริม สนับสนุน กสธ. ให้เจริญรุ่งเรืองยิ่งๆ ขึ้นไป

7. ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่เคยมีประวัติ
การรักษาโรคตามใบรับรองแพทย์ที่ กสธ. กำหนด) มาก่อนวันสมัคร ตามระเบียบ กสธ. ข้อ 9.3 หากข้าพเจ้ารู้แล้วจะเว้นเสีย
ไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแกล้งข้อความนั้น เป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอม ให้ กสธ. ใช้สิทธิ์ตัดรายชื่อพันสมาชิกภาพ
กสธ. ตามระเบียบ กสธ. ข้อ 14 (1) (3) และ (7) ได้

ได้ตรวจสอบแล้ว

เป็นสมาชิก สสธ. ทะเบียนเลขที่..... และ
เป็นสมาชิก กสธ. ทะเบียนเลขที่..... จริง
.....

(.....)
เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสธ.

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ..... กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ดันสังกัด

(.....)

ความเห็นของกรรมการกองทุนฯ พิจารณา_rับเป็นสมาชิก () อนุมัติ () ไม่อนุมัติ
อาศัยระเบียบกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ข้อ 45 ตามมติที่ประชุมครั้งที่..... วันที่.....

ลงชื่อ..... ประธานกองทุนฯ / หรือผู้ได้รับมอบหมาย

(.....)



ใบรับรองแพทย์ (ล้านที่ 3)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธ. ล้านที่ 3

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

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 มีรายละเอียดดังนี้

- (1) ไม่เป็นผู้มีภาระทางทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (2) ไม่มีจิตพิ�เฟื่อง ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- | | |
|---|--|
| (3.1) โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.2) โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.3) โรควัณโรค | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.4) โรคปอดเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.6) ภาวะไตวาย (ลังได) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.7) โรคเอดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.8) โรคตับแข็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.9) โรคเอสแอลอี (SLE) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ กสธ. 2 | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชนหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
 (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 (3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) กสธ. จะไม่รับเป็นสมาชิก
 (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธ. กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็น
 สมาชิก กสธ. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ถ้อยແຄລງແລະໄທກາຍິນຍອມຂອງຜູ້ສົມຄຣສມາຊີກ ກສທ. (ລ້ານທີ 3)

ເງື່ອນທີ.....ວັນທີ.....ເດືອນ.....ພ.ສ.....

ໜ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ນາງ/ນາງສາວ.....

ເລກປະຈຳຕົວປະຈາບນ ອາຍຸ..... ປີ

ໜ້າພເຈົ້າຂອ້າໃຫ້ປະວັດສຸຂໍພາພຂອງໜ້າພເຈົ້າເພື່ອປະກອບກາຮສົມຄຣສມາຊີກ ກສທ. ດັ່ງນີ້

- 1. ມີສຸຂໍພາພແຂ່ງແຮງ
- 2. ໄມເປັນຜູ້ມີກາຍຖຸພພລກາພ ຈະໄມ່ສາມາຮປັບປຸງທີ່ໄດ້
- 3. ໄມມີຈົດຟັ້ນເຝືອນ ໄມ່ສົມປະກອບ
- 4. ປະວັດກາຮຮັກໝາໂຮຄຕ່ອໄປນີ້

- | | |
|---|--|
| (4.1) ໂຮຄມະເຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.2) ໂຮຄ້ວາໃຈ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.3) ໂຮຄວັນໂຮຄ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.4) ໂຮຄປອດເຮືອຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.5) ໂຮຄເບາຫວານຂັ້ນຽນແຮງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.6) ກາວະໄຕວາຍ (ລ້າງໄຕ) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.7) ໂຮຄເອດສ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.8) ໂຮຄຕັບແໜ້ງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.9) ໂຮຄເອສແລລອີ (SLE) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.10) ໂຮຄຮ້າຍແຮງອື່ນໆ ທີ່ຄະນະກາຮກາຮເຫັນວ່າອັນດາຍ ຕາມປະກາສແນບທ້າຍຂອງ ກສທ. 2 | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |

ໜ້າພເຈົ້າຂອ້າຍືນຍັນວ່າຄົມແຄລງທີ່ໄໝໄວ້ເປັນຄວາມຈົງທຸກປະກາຮ ພາກໜ້າພເຈົ້າແຄລງຂ້ອງຄວາມອັນເປັນເທົ່າລ້ວ
ໄໝ ກສທ. ຕັດສີທີ່ຈາກກາຮເປັນສົມຄຣສມາຊີກ ກສທ. ຕາມຮະບັບກາຮ. ພ.ສ. 2566 ຂ້ອ 14 (3) ໄດ້ທັນທີ
ແລະໜ້າພເຈົ້າຂອ້າຍືນຍັນວ່າສະເໜີທີ່ໃນກາຮທີ່ຈະຮັບເງິນສວັສດີກາຮສົງເຄຣະໜ້າ ດ້ວຍໜ້າພເຈົ້າເສີຍໜ້າສົມຄຣສມາຊີກ
ໜ້າພເຈົ້າໄມ່ຕິດໃຈທີ່ຈະເຮັດວຽກຮັບເງິນສວັສດີກາຮສົງເຄຣະໜ້າ ດ້ວຍໜ້າພເຈົ້າ ທັ້ງສິ້ນ
ໂດຍໜ້າພເຈົ້າຍືນຍອມປັບປຸງຕິດາມຮະບັບກາຮ. ກສທ. ຖຸກປະກາຮ

ໜ້າພເຈົ້າຍືນຍອມເປີດເພີຍປະວັດສຸຂໍພາພຂອງໜ້າພເຈົ້າ ໂດຍມອບໄທ ກສທ. ຂອປະວັດກາຮຮັກໝາຂອງໜ້າພເຈົ້າ
ຈາກສຕາພຍານາລທີ່ເກີ່ວຂ້ອງໄດ້

ລົງຊື່ອ.....

(.....)

(ຜູ້ສົມຄຣສມາຊີກ ກສທ.)

ລົງຊື່ອ.....

(.....)

ພຍານ/ເຈົ້າໜ້າທີ່ສູນຍົງປະສາງງານ

ລົງຊື່ອ.....

(.....)

ພຍານ/ຜູ້ມີ້ອັນດາຍທີ່ຮັບເງິນສວັສດີກາຮສົງເຄຣະໜ້າ



โปรดเขียนด้วยปากกาและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนช่อง

เอกสารประกอบ

(เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป)

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
พร้อมรับรองสำเนา
2. สำเนาหนังสือสำคัญ สสธ. พร้อมรับรองสำเนา
3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
(ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กสธท.)

เลขทะเบียนสมาชิก กสธท.

ใบสมัครสมาชิก (ล้านที่ 4)

กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.1. เลขทะเบียนสมาชิก กสธท. ล้านที่ 3 ที่..... สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด สมัครตรง กสธท. เป็นสมาชิกสามัญ สสธ. ล้านที่ 1 กสธท. ล้านที่ 2 และ กสธท. ล้านที่ 3 เป็นเจ้าหน้าที่ กสธท./สสธ. เป็นกรรมการ/ผู้ตรวจสอบกิจการ/เจ้าหน้าที่ ชสอ. เป็นสมาชิกสหมบท สสธ. ล้านที่ 1 กสธท. ล้านที่ 2 และ กสธท. ล้านที่ 3 (ประเทกสหมบทสหกรณ์ออมทรัพย์)
ที่เป็นพนักงานราชการ/พกส./ลูกจ้างชั่วคราว ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นสมาชิกสหมบทคู่สมรส/สหมบทบุตร สสธ. ล้านที่ 1 กสธท. ล้านที่ 2 และ กสธท. ล้านที่ 3
ที่ประกันอาชีพ (โปรดระบุ)..... ยกเว้นอาชีพเกษตรกร และผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพ

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

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

3. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.) ล้านที่ 4

4. การชำระเงินค่าสมัครและเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรกเริ่มสมัคร เป็นเงิน..... บาท (ค่าสมัคร 100 บาท และเบี้ยประกันชีวิต..... บาท)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักชำระเงินเบี้ยประกันต่ออายุ กสธท. ล้านที่ 4 ดังนี้

 ชำระเป็นเงินสดที่ กสธท. หรือศูนย์ประสานงาน กสธท. นำชำระเงิน / โอนเข้าระบบ KTB teller payment ของธนาคารกรุงไทย สาขาナンทบุรี ชื่อบัญชี กองทุน
สวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย รหัสหน่วยงาน/Company Code : 92778 ค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท ชำระจากเงินบั้นปลาย เนื่องด้วย จำกสหกรณ์ต้นสังกัด5. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ต้นสังกัด เพื่อช่วยเหลือของข้าพเจ้า (กรณีสหกรณ์
ต้นสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน) และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสธ.6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า เมื่อคณะกรรมการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบและประกาศของ
กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ทุกประการ และจะส่งเสริม สนับสนุน กสธท. ให้เจริญรุ่งเรืองยิ่งๆ ขึ้นไป7. ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่เดยมีประวัติ
การรักษาโรคตามใบรับรองแพทย์ที่ กสธท. กำหนด) มากร่อนวันสมัคร ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 9.3 หากข้าพเจ้ารู้แล้วจะเว้นเสีย
ไม่เบ็ดเพย์ข้อความจริงหรือแกลงข้อความนั้น เป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอม ให้ กสธท. ใช้สิทธิ์ตัดรายชื่อพันสมาชิกภาพ
กสธท. ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 14 (1) (3) และ (7) ได้

ได้ตรวจสอบแล้ว

เป็นสมาชิก สสธ. (ล้านที่ 1) เลขที่.....
เป็นสมาชิก กสธท. (ล้านที่ 2) เลขที่..... และ
เป็นสมาชิก กสธท. (ล้านที่ 3) เลขที่..... จริง

()

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ..... กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ต้นสังกัด

(.....)

ความเห็นของกรรมการกองทุนฯ พิจารณาได้เป็นสมาชิก () อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

อาศัยระเบียบกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ข้อ 45 ตามมติที่ประชุมครั้งที่..... วันที่.....

ลงชื่อ..... ประธานกองทุนฯ / หรือผู้ได้รับมอบหมาย

(.....)



กสธท. 2

ใบรับรองแพทย์ (ล้านที่ 4)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธท. ล้านที่ 4

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

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 มีรายละเอียดดังนี้

(1) ไม่เป็นผู้มีภาระทางทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

(2) ไม่มีจิตพิณเพื่อน 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 (ลังไต) 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 กสธท. 2

ไม่มี มี (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชนหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

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

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธท. กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก กสธท. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ถ้อยແຄລງແລະໃຫ້ກາຍເຍັນຂອງຜູ້ສົມດັບສາມາຊີກ ກສທ. (ລ້ານທີ 4)

ເງື່ອນທີ..... ວັນທີ..... ເດືອນ..... ພ.ສ.....

ໜ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ນາງ/ນາງສາວ.....

ເລຂປະຈຳຕັ້ງປະຊາຊົນ ອາຍຸ..... ປີ

ໜ້າພເຈົ້າຂອໍໄທປະຈິບປະດິບຂອງໜ້າພເຈົ້າເພື່ອປະກອບປະສົງສາມາຊີກ ກສທ. ດັ່ງນີ້

- 1. ມີສູ່ກາພແຂ່ງແຮງ
- 2. ໄມເປັນຜູ້ມີກາຍຖຸພພລກາພ ຈະໄມ່ສາມາດປັບປຸງບັດທັນທີໄດ້
- 3. ໄມມີຈົດຟື່ນເພື່ອນ ໄມສົມປະກອບ

4. ປະວັດການຮັກໝາໂຮຄຕ່ອໄປນີ້

- | | |
|---|---|
| (4.1) ໂຮຄມະເຮົງ | <input type="checkbox"/> ໄມມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.2) ໂຮຄຫ້າໃຈ | <input type="checkbox"/> ໄມມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.3) ໂຮຄວັນໂຮຄ | <input type="checkbox"/> ໄມມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.4) ໂຮຄປອດເຮື່ອຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.5) ໂຮຄເບາຫວານຂັ້ນຽນແຮງ | <input type="checkbox"/> ໄມມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.6) ກາວະໄຕໄວຍ (ສ້າງໄຕ) | <input type="checkbox"/> ໄມມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.7) ໂຮຄເອດສ | <input type="checkbox"/> ໄມມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.8) ໂຮຄດັບເຂັ້ງ | <input type="checkbox"/> ໄມມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.9) ໂຮຄເອສແລລອີ (SLE) | <input type="checkbox"/> ໄມມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.10) ໂຮຄຮ້າຍແຮງອື່ນໆ ທີ່ຄະນະການກໍາເຮັດວຽກ ຕາມປະກາດແນບທ້າຍຂອງ ກສທ. 2 | <input type="checkbox"/> ໄມມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |

ໄມມີ ມີ (ຮະບຸ).....

ໜ້າພເຈົ້າຂອໍຍືນຍັນວ່າຄົນທີ່ໃຫ້ໄວ້ເປັນຄວາມຈົງຖຸກປະກາດ ຫາກໜ້າພເຈົ້າແຄລງຂ້ອງຄວາມອັນເປັນເທົ່າລ້ວ ໃຫ້ ກສທ. ຕັດສິທິທີຈາກການເປັນສາມາຊີກ ກສທ. ຕາມຮະບັບ ກສທ. พ.ສ. 2566 ຂ້ອ 14 (3) ໄດ້ທັນທີ ແລະ ແກ້ໄຂຂອງສະລະສິທິທີໃນການທີ່ຈະຮັບເງິນສວັສດີການສົງເຄຣະໜ້າກໍາຕົວປະກັນທີ່ ແກ້ໄຂຂອງໜ້າພເຈົ້າເສີຍເຊີ້ວິຕ ຮົມທັ້ງໝົດ ແກ້ໄຂໄໝ້ຕິດໃຈທີ່ຈະເຮັດວຽກ ແລະ ແກ້ໄຂຂອງສະລະສິທິທີໃນການສົງເຄຣະໜ້າກໍາຕົວປະກັນທີ່ ແກ້ໄຂຂອງໜ້າພເຈົ້າເສີຍເຊີ້ວິຕ ຮົມທັ້ງໝົດ ໂດຍໜ້າພເຈົ້າຍືນຍົມປັບປຸງບັດທັນທີ່ ຖະນາຍົມການຮັກໝາໂຮຄຕ່ອໄປນີ້ ກສທ. ຖະນາຍົມການຮັກໝາໂຮຄຕ່ອໄປນີ້

ໜ້າພເຈົ້າຍືນຍົມເປີດແຜຍປະວັດສູ່ກາພຂອງໜ້າພເຈົ້າ ໂດຍມອບໃຫ້ ກສທ. ຂອປະວັດການຮັກໝາຂອງໜ້າພເຈົ້າ ຈາກສະຖານທີ່ເກີ່ວຂ້ອງໄດ້

ลงชื่ອ.....

(.....)

(ຜູ້ສົມດັບສາມາຊີກ ກສທ.)

ลงชื่ອ.....

(.....)

ພຍານ/ເຈົ້າທີ່ຄູນຢູ່ປະສານງານ

ลงชื่ອ.....

(.....)

ພຍານ/ຜູ້ມີຫຼືອັນເງິນສວັສດີການສົງເຄຣະໜ້າ



ประกาศกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย
เรื่อง กำหนดโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

เพื่อให้การดำเนินงานของ กสธ. และศูนย์ประสานงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยมีประสิทธิภาพ โดยที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 5/2566 วันเสาร์ ที่ 27 พฤษภาคม 2566 มีมติเห็นชอบ ประกาศโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย และปรับปรุงแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ กสธ. ซึ่งเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป โดยให้ศูนย์ประสานงานถือปฏิบัติ เพื่อให้การดำเนินงาน ของ กสธ. และศูนย์ประสานงานมีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ดังนั้น กสธ. จึงขอความร่วมมือให้ศูนย์ประสานงานทำการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัคร เป็นสมาชิก กสธ. ได้รับทราบและใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มที่ กสธ. กำหนดเท่านั้น โดยสามารถ ดาวน์โหลดใบรับรองแพทย์ กสธ. ล้านที่ 2 กสธ. ล้านที่ 3 และ กสธ. ล้านที่ 4 ได้ที่ www.matpf.com และการรับสมัครสมาชิก กสธ. ไม่รับสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค 9 โรค ตามที่ระบุใบรับรองแพทย์ ดังนี้

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

และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่น ๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายตามประกาศของ กสธ.
ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้
2. โรคอัลไซเมอร์ (ALZHEIMER)
3. โรคสมองเสื่อม (DEMENTIA)
4. โรคหลอดเลือดโป่งพอง (ANEURYSM)
5. โรคเส้นเลือดขอดในสมอง

6. โรคซึมเศร้า (DEPRESSIVE DISORDER)
7. โรคไทรอยด์เป็นพิษ (THYROID TOXICOSIS) ที่ยังไม่สามารถควบคุมให้ไทรอยด์ออร์โมนอยู่ในเกณฑ์ปกติ
8. โรคชาลัสซีเมีย (THALASSEMIA) ชนิดเมจิโอร์ (Major) ได้แก่ อัลฟ่าชาลัสซีเมียเมจิโอร์ (Alpha Thalassemial Major), เปต้าชาลัสซีเมียเมจิโอร์ (Beta Thalassemial Major), โรคชาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ
9. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีค่าความดันตัวบน (Systolic pressure) ตั้งแต่ 180 ม.m. proto ขึ้นไป หรือค่าความดันตัวล่าง (Diastolic pressure) ตั้งแต่ 110 ม.m. proto ขึ้นไป
10. โรคเบาหวาน (DM) ที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 8% และค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 180 mg/dl
11. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus infection) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปักติ 2 เท่าขึ้นไป
12. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C virus infection) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปักติ 2 เท่าขึ้นไป
13. โรคไขมันพอกตับ (Fatty liver) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปักติ 2 เท่าขึ้นไป
14. โรคไขกระดูกฝ่อ (Aplastic Anemia)
15. โรคลมชัก (Epilepsy) ที่มีภาวะชัก ในระยะ 1 ปีล่าสุด
16. โรคผิวหนังแข็ง (Scleroderma)
17. โรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 4 ขึ้นไป
18. โรคไฮโมฟีเลีย (HEMOPHILIA)
19. โรคอ้วน (Obesity) ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 35 ร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
20. โรคเกล็ดเลือดต่ำจากภูมิคุ้มกัน (ITP : Immune thrombocytopenia)

ทั้งนี้ หากคุณยังประสบงานไม่สนใจในกรณีที่ไม่รับรองแพทย์ของผู้สมัครระบุโดยมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามข้อ 1 - 9 และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่น ๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ให้ส่งไม่รับรองแพทย์มาให้ กสธ. พิจารณาผ่านช่องทางไลน์กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน โดย กสธ. จะมีองค์กรแพทย์ กสธ. ประกอบด้วย นายแพทย์ชัชวาล ก่อสกุล และนายแพทย์สมชาย ศรีสมบัณฑิต ซึ่งเป็นรองประธานกรรมการ คนที่ 2 และที่ปรึกษาของ กสธ. จะเป็นผู้วินิจฉัยว่าสามารถสมัครสมาชิก กสธ. ได้หรือไม่

อนึ่ง ในกรณีที่ กสธ. ตรวจสอบภายในห้องจากการอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว พบร่วมกับผู้สมัครหรือสมาชิกทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว “มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง” หรือมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์หรือโรคอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายมาก่อนการสมัคร กสธ. จะถือว่าผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้น ขาดคุณสมบัติตามระเบียบ กสธ. พ.ศ. 2566 ข้อ 9.3 และข้อ 11 (7) ซึ่งจะถือว่าการสมัครเป็นโmontดังแต่awanรับสมัครทันที ทั้งนี้ ผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นจะไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการส่งเดือนครองครัว หรือเงินสินใหม่ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

ประกาศ ณ วันที่ 29 พฤษภาคม 2566 เป็นต้นไป

(ดร.มหาศักดิ์ บุญศรีเมธีชัย)

ประธานกรรมการกองทุนสวัสดิการ
สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขไทย