



Cremation Association for Thai Public Health Savings and Credit Cooperatives Members

ที่ สสทท. 01 ว. 5356

26 มิถุนายน 2566

เรื่อง การรับสมัครสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย
รอบที่ 10/2566 ประจำปีเดือนกรกฎาคม 2566 รับสมัครอายุไม่เกิน 54 ปี

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข โรงพยาบาล และสหกรณ์ออมทรัพย์หน่วยงาน
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. ประกาศรับสมัครสมาชิก สสช.	จำนวน	1 ชุด
	2. ชุดใบสมัครสมาชิกประเภทสามัญ และใบรับรองแพทย์ สสช.	จำนวน	1 ชุด
	3. ชุดใบสมัครสมาชิกประเภทสมทบ และใบรับรองแพทย์ สสช.	จำนวน	1 ชุด
	4. ประกาศ เรื่อง กำหนดโรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย	จำนวน	1 ชุด

ตามที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.) ได้ทำการจดทะเบียนถูกต้องตามพระราชบัญญัติการฌาปนกิจสงเคราะห์ พ.ศ. 2545 เลขที่ นบ 73801/002 เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2554 และประกาศในราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 129 ตอนที่ 19 ง ลงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2555 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำการสงเคราะห์ซึ่งกันและกันในการจัดการศพ หรือจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวของบุคคลใดบุคคลหนึ่งซึ่งถึงแก่ความตาย โดยมีได้ประสงค์จะหากำไรหรือรายได้เพื่อแบ่งปันกัน ซึ่งการตายนี้รวมถึงการสาบสูญตามคำสั่งศาล นั้น

ผลการดำเนินการสมาคม มีสมาชิก ณ วันที่ 20 มิถุนายน 2566 รวมทั้งสิ้น 226,858 คน (สามัญ 160,754 คน สมทบ 66,104 คน) จากสหกรณ์ออมทรัพย์ 149 สหกรณ์ คิดเป็นร้อยละ 88.17 ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขทั่วประเทศทั้งหมด 169 สหกรณ์ และตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2554 ถึงวันที่ 20 มิถุนายน 2566 มีสมาชิกสมาคมเสียชีวิตทั้งสิ้น 7,424 ราย สมาคมได้มอบเงิน สงเคราะห์ให้ทายาทและผู้รับเงินสงเคราะห์ 7,893,066,854.50 บาท (เจ็ดพันแปดร้อยเก้าสิบล้าน หกหมื่นหกพันแปดร้อยห้าสิบบาทห้าสิบบสตางค์) นับว่าเป็นสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์แห่งแรก ที่มอบเงินสงเคราะห์ต่อศพให้ทายาทได้มากที่สุดในประเทศไทย

สมาคมสถาปนิกจุสจเรหส์มาชิกสหกรณ์อมทรรพ์สาธารณสุขไทย โดยที่ประชุมคณะกรรมาการ
ดำเนินการ ชุดที่ 7/2566 ครังที่ 5 เมื่วันอาทิตย์ ที่ 25 มิถุนายน 2566 มีมติเห็นชอบกำหนดหลักเกณฑ์
และประกาศรับสมัครสมาชิกสมาคม รอบที่ 10/2566 ประจำเดือนกรกฎาคม 2566 รับสมัครอายุไม่เกิน 54 ปี
โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีคุณสมบัติที่มีสุขภาพแข็งแรงได้สมัครเป็นสมาชิกสมาคมอย่างทั่วถึง ดังนี้



เลขที่ 199/9 หมู่ที่ 2 อาคารเพชรสะพานบุญ ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130
โทรศัพท์ 0 2496 1350 - 57 โทรสาร 0 2496 1358 Website: www.cpct.or.th E-mail: cpct.fsct@hotmail.co.th
ฝ่ายทะเบียน 09 5712 9740 Line ID: cpct2558 ฝ่ายงานการเงินและบัญชี 08 6372 9629 Line ID: cpct2561
ฝ่ายอำนวยการ 08 1917 1878 Line ID: cpct2554 ฝ่ายเงินสงเคราะห์ครอบครัว 08 0795 9583 Line ID: cpct2563

ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก มี 2 ประเภท ดังนี้

1. ประเภทสามัญ ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

(1) เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข หรือสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาล หรือสหกรณ์ออมทรัพย์หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว และเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์เท่านั้น (ยกเว้น สหกรณ์ออมทรัพย์ที่ได้เป็นศูนย์ประสานงานตั้งแต่เริ่มต้นแล้ว)

(2) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ

(3) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ

(4) มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และต้องปราศจากประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนด หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย มาก่อนการสมัคร

(5) มีอายุในวันสมัครไม่เกิน 54 ปี

2. ประเภทสมทบ ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

(1) เป็นสมาชิกประเภทสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข หรือสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาล หรือสหกรณ์ออมทรัพย์หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) และลูกจ้างชั่วคราว

(2) เป็นเจ้าหน้าที่ของสมาคมฉก.ป.น.กิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย หรือกรรมการดำเนินการหรือผู้ตรวจสอบกิจการหรือเจ้าหน้าที่ชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย จำกัด หรือ เจ้าหน้าที่กองทุนสวัสดิการของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย หรือ

(3) เป็นคู่สมรสหรือบุตรของสมาชิกสมาคมฉก.ป.น.กิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ตามข้อ 10.1 (1) หรือ ข้อ 10.2 (1) หรือ ข้อ 10.2 (2) ที่ประกอบอาชีพทุกอาชีพ ยกเว้นอาชีพเกษตรกรรม และผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ และไม่รับสมัครบิดา-มารดา

ทั้งนี้สมาชิกสามัญจะต้องสมัครเป็นสมาชิก สสท. ก่อน สมาชิกสมทบจึงจะสมัครได้ หรืออนุโลมให้สมัครพร้อมกันได้

(4) มีสัญชาติไทย

(5) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ

(6) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ

(7) มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และต้องปราศจากประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนด หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย มาก่อนการสมัคร

(8) มีอายุในวันสมัครไม่เกิน 54 ปี

3. ผู้สมัครตามข้อ 10.1 (1) หรือข้อ 10.2 (1) ให้ยื่นใบสมัครด้วยตนเองตามรูปแบบที่กำหนดพร้อมหลักฐานประกอบการสมัคร และใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มของ สสท. เท่านั้น โดยแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐออกให้ (ระบุที่ออกเป็นสถานพยาบาลของรัฐ) ประกอบการสมัครทุกกรณี ณ สำนักงาน สสท. เลขที่ 199/9 หมู่ที่ 2 อาคารเพชรสะพานบุญ ถนนนครินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี หรือสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดที่เป็นศูนย์ประสานงาน

และผู้สมัครตามข้อ 10.2 (2) ให้ยื่นใบสมัครด้วยตนเองตามรูปแบบที่กำหนดพร้อมหลักฐานประกอบการสมัคร และใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มของ สสท. เท่านั้น โดยแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐออกให้ (ระบุที่ออกเป็นสถานพยาบาลของรัฐ) ประกอบการสมัครทุกกรณี ณ สำนักงาน สสท. เลขที่ 199/9 หมู่ที่ 2 อาคารเพชรสะพานบุญ ถนนนครินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี หรือสถานที่ที่สมาคมกำหนดเท่านั้น

กำหนดการรับสมัครสมาชิกและคุ้มครอง รอบที่ 10/2566 ประจำเดือนกรกฎาคม 2566
รับสมัครอายุไม่เกิน 54 ปี ดังนี้

ประจำ รอบที่	วันที่รับสมัคร พร้อมบันทึก ข้อมูลในระบบ โปรแกรม	ค่า สมัคร	ค่าบำรุง รายปี	เงิน สงเคราะห์ เก็บไว้ ล่วงหน้า	วันที่สหกรณ์ ส่งเงินให้สมาคม	สมาคมพิจารณา อนุมัติรับ	วันที่สมาชิกภาพ สมบูรณ์ จากการเสียชีวิต ด้วยอุบัติเหตุ ในวันที่ 1 ของเดือนถัดไป	วันที่สมาชิกภาพ สมบูรณ์ จากการเสียชีวิต ทุกกรณี ในวันที่ 1 ของ เดือนที่ครบ 2 ปี (ยกเว้นเสียชีวิต ด้วยโรคมะเร็ง)	วันที่สมาชิก ภาพสมบูรณ์ จากการ เสียชีวิต ด้วยโรคมะเร็ง ในวันที่ 1 ของเดือนที่ ครบ 2 ปี
10/2566	1 - 25 ก.ค. 2566	20 บาท	20 บาท	5,500 บาท	26 - 28 ก.ค. 2566	30 ก.ค. 2566	1 ส.ค. 2566	1 ก.ค. 2568	1 ก.ค. 2568

หมายเหตุ : 1. ปราศจากประวัติการรักษาโรคดังกล่าวต่อไปนี้

(1) โรคมะเร็ง (2) โรคหัวใจ (3) โรควัณโรค (4) โรคปอดเรื้อรัง (5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง (6) ภาวะไตวาย (ล้างไต) (7) โรคเอดส์ (8) โรคตับแข็ง (9) โรคเอสแอลอี (SLE) (10) โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายตามประกาศแนบท้ายใบรับรองแพทย์ สสท. 2 สมาคมฯ จะไม่รับเป็นสมาชิก

ทั้งนี้ การรับสมัครสมาชิก สสท. ไม่รับสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค 9 โรคดังกล่าวข้างต้น หรือโรคประจำตัวร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย 20 โรค ตามประกาศแนบท้ายใบรับรองแพทย์ สสท. 2 โดยหากศูนย์ประสานงานไม่มั่นใจในกรณีที่ใบรับรองแพทย์ของผู้สมัครเคยมีประวัติการรักษาด้วยโรคตาม (1)-(10) แล้วจะสามารถสมัครเป็นสมาชิก สสท. ได้หรือไม่ ให้ส่งใบรับรองแพทย์มาให้สมาคมพิจารณา ซึ่งสมาคมจะมีแพทย์ที่เป็นคณะกรรมการอยู่ในไลน์กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานเป็นผู้วินิจฉัยโรคตามใบรับรองแพทย์ว่าจะสามารถสมัครสมาชิก สสท. ได้หรือไม่

2. ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก สสท. หากสมัครตั้งแต่วันที่ 1-25 กรกฎาคม 2566 จะมีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจากสมาคม ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2566 ข้อ 12 ดังนี้

(1) การเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุนับแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2566 นับจากวันที่คณะกรรมการมีมติรับ หรือ

(2) การเสียชีวิตทุกกรณี นับแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2568 นับจากวันที่คณะกรรมการมีมติรับ ยกเว้นการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด ทั้งนี้ ต้องไม่เคยมีประวัติการรักษาด้วยโรคที่กำหนดตามใบรับรองแพทย์หรือตามประกาศของสมาคมมาก่อนการสมัคร

(3) การเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด นับแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2568 นับจากวันที่คณะกรรมการมีมติรับ ทั้งนี้ ต้องไม่เคยมีประวัติการรักษาโรคมะเร็งทุกชนิดมาก่อนการสมัคร

4. กรณีเสียชีวิตก่อนระยะเวลาที่คณะกรรมการมีมติอนุมัติรับเป็นสมาชิกไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น และ สสท. จะหักเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเป็นค่าเงินสงเคราะห์ศพ ให้แก่สมาชิกที่เสียชีวิตไปก่อน ตั้งแต่วันที่ที่มีสมาชิกภาพสมบูรณ์ด้วยการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ตั้งแต่วันที่ 1 ของเดือนถัดไป นับจากวันที่คณะกรรมการอนุมัติรับเป็นสมาชิกจนถึงวันที่สมาชิกเสียชีวิต หากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ สสท. จะดำเนินการคืนให้ หรือหากเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าไม่พอหัก สสท. ก็จะทำการเรียกเก็บเพิ่ม

5. อาศัยอำนาจข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2566 ตามข้อ 12 ข้อ 17 ข้อ 20 ข้อ 21 ข้อ 24 ข้อ 25 และข้อ 26 ณ วันที่ได้รับเป็นสมาชิกภาพสมบูรณ์ของสมาคมเมื่อเสียชีวิต ทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์จะได้รับเงินสงเคราะห์จากจำนวนสมาชิก ณ วันที่เสียชีวิตคูณด้วย 4.60 บาท (ในกรณีจำนวนสมาชิก 226,858 ณ วันที่ 20 มิถุนายน 2566 คูณด้วย 4.60 บาท เป็นเงิน 1,043,546.80 บาท) โดยเงินที่สมาชิกได้รับจะหักเงินค่าบริหารสมาคมและศูนย์ประสานงาน 4% ตามกฎกระทรวงและข้อบังคับ จำนวน 41,741.87 บาท ทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ เป็นเงิน 1,001,804.93 บาท

6. ในกรณีที่สมาคมตรวจสอบภายหลังจากการอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว พบว่าผู้สมัครหรือสมาชิกทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว มีคุณสมบัติไม่ตรงตามข้อบังคับและประกาศการรับสมัครของสมาคมหรือ “มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง” หรือมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์ 9 โรค หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายตามประกาศแนบท้ายใบรับรองแพทย์ สสท. 2 มาก่อนการสมัครสมาคมจะถือว่าผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นขาดคุณสมบัติตามข้อบังคับสมาคมและจะถือว่าการสมัครเป็นโมฆะตั้งแต่วันรับสมัครทันที ทั้งนี้ ผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นจะไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

7. ให้ศูนย์ประสานงานบันทึกการออกข้อมูลสมาชิกที่ตรวจสอบแล้ว (รายบุคคล) ลงในโปรแกรมข้อมูลของ สสท. โดยสอบถามการบันทึกข้อมูลได้ที่เจ้าหน้าที่ สสท. นายวัชรินทร์ เอื้อพงศ์พันธุ์ โทรศัพท์ 0 2496 1350 - 57 หรือมือถือ 09 5712 9740, 08 6372 9629

8. ใบสมัครและเอกสารประกอบให้ดาวน์โหลดได้ที่ www.cpct.or.th (โดยเฉพาะใบรับรองแพทย์ให้ใช้ฉบับปรับปรุง ณ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2566)

จึงประกาศมาเพื่อโปรดทราบและโปรดประชาสัมพันธ์การรับสมัครให้บุคลากรในสังกัดท่าน
ที่มีคุณสมบัติได้ทราบโดยทั่วกัน โดยสามารถติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่เจ้าหน้าที่ สสท.
นางสาวกรรณิการ์ แก้วกาหลง โทรศัพท์ 0 2496 1350 - 57 หรือมือถือ 09 5712 9740, 08 6372 9629

ขอแสดงความนับถือ



(ดร.มะณู บุญศรีมณีชัย)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

QR Code ช่องทางการติดต่อ สสท. และ Application สสท.

"Line Official สสท."

"Application สสท. ระบบ IOS"

"Application สสท. ระบบ Android"



สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

โทร. 0 2496 1350 - 57 โทรสาร. 0 2496 1358 และมือถือ 08 1917 1878, 08 1917 1867



ประกาศสมาคมพยาบาลนักสางเคราะห้สมาชิกสหกรณออมทรพย้สาธารณสุขไทย
เรื่อง กําหนดหลักเกณท์และรับสมัครสมาชิกสมาคมพยาบาลนักสางเคราะห้
สมาชิกสหกรณออมทรพย้สาธารณสุขไทย รอบที่ 10/2566 ประจำเดืออนกรกฎาคม 2566
รับสมัครอายุไม่เกิน 54 ปี

อาศัยอำนาจตามความในข้อ 9 ข้อ 10 ข้อ 11 ข้อ 12 ข้อ 13 ข้อ 14 ข้อ 17 ข้อ 18 และข้อ 20 แห่งข้อบังคับสมาคมพยาบาลนักสางเคราะห้สมาชิกสหกรณออมทรพย้สาธารณสุขไทย พ.ศ. 2566 และโดยที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 7/2566 ครั้งที่ 5 เมื่อวันอาทิตย์ ที่ 25 มิถุนายน 2566 มีมติเห็นชอบกำหนดหลักเกณท์และประกาศรับสมัครสมาชิก สสรท. รอบที่ 10/2566 ประจำเดืออนกรกฎาคม 2566 รับสมัครอายุไม่เกิน 54 ปี เปิดโอกาสให้ผู้มีคุณสมบัติที่มีสุขภาพแข็งแรงได้สมัครเป็นสมาชิกสมาคมอย่างทั่วถึง ดังนี้

ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก มี 2 ประเภท ดังนี้

1. ประเภทสามัญ ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

(1) เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณออมทรพย้สาธารณสุข หรือสหกรณออมทรพย้โรงพยาบาล หรือสหกรณออมทรพย้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว และเจ้าหน้าที่สหกรณออมทรพย้ เท่านั้น (ยกเว้น สหกรณออมทรพย้ที่ได้เป็นศูนย์ประสานงานตั้งแต่เริ่มต้นแล้ว)

(2) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ

(3) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ

(4) มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และต้องปราศจากประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนด หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย มาก่อนการสมัคร

(5) มีอายุในวันสมัครไม่เกิน 54 ปี

2. ประเภทสมทบ ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

(1) เป็นสมาชิกประเภทสมทบของสหกรณออมทรพย้สาธารณสุข หรือสหกรณออมทรพย้โรงพยาบาล หรือสหกรณออมทรพย้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) และลูกจ้างชั่วคราว

(2) เป็นเจ้าหน้าที่ของสมาคมพยาบาลนักสางเคราะห้สมาชิกสหกรณออมทรพย้สาธารณสุขไทย หรือกรรมการดำเนินการ หรือผู้ตรวจสอบกิจการหรือเจ้าหน้าที่ชุมนุมสหกรณออมทรพย้แห่งประเทศไทย จำกัด หรือ เจ้าหน้าที่กองทุนสวัสดิการของสมาชิกสหกรณออมทรพย้สาธารณสุขไทย หรือ

(3) เป็นคู่สมรสหรือบุตรของสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์
ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ตามข้อ 10.1 (1) หรือ ข้อ 10.2 (1) หรือ ข้อ 10.2 (2) ที่ประกอบอาชีพ
ทุกอาชีพ ยกเว้นอาชีพเกษตรกร และผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ และไม่รับสมัครบิดา-มารดา
ทั้งนี้สมาชิกสามัญจะต้องสมัครเป็นสมาชิก สสท. ก่อน สมาชิกสมทบจึงจะสมัครได้
หรืออนุโลมให้สมัครพร้อมกันได้

(4) มีสัญชาติไทย

(5) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ

(6) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ

(7) มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และต้องปราศจากประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนด หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย มาก่อนการสมัคร

(8) มีอายุในวันสมัครไม่เกิน 54 ปี

3. ผู้สมัครตามข้อ 10.1 (1) หรือข้อ 10.2 (1) ให้ยื่นใบสมัครด้วยตนเองตามรูปแบบ
ที่กำหนดพร้อมหลักฐานประกอบการสมัคร และใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มของ สสท. เท่านั้น
โดยแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐออกให้ (ระบุที่ออกเป็นสถานพยาบาลของรัฐ) ประกอบการสมัคร
ทุกกรณี ณ สำนักงาน สสท. เลขที่ 199/9 หมู่ที่ 2 อาคารเพชรสะพานบุญ ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง
อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี หรือสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดที่เป็นศูนย์ประสานงาน

และผู้สมัครตามข้อ 10.2 (2) ให้ยื่นใบสมัครด้วยตนเองตามรูปแบบที่กำหนด
พร้อมหลักฐานประกอบการสมัคร และใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มของ สสท. เท่านั้น โดย
แพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐออกให้ (ระบุที่ออกเป็นสถานพยาบาลของรัฐ) ประกอบการสมัครทุกกรณี
ณ สำนักงาน สสท. เลขที่ 199/9 หมู่ที่ 2 อาคารเพชรสะพานบุญ ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง
อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี หรือสถานที่ที่สมาคมกำหนดเท่านั้น

กำหนดการรับสมัครสมาชิกและคุ้มครอง รอบที่ 10/2566 ประจำปีเดือนกรกฎาคม 2566
รับสมัครอายุไม่เกิน 54 ปี ดังนี้

ประจำ รอบที่	วันที่รับสมัคร พร้อมบันทึก ข้อมูลใน ระบบ โปรแกรม	ค่าสมัคร	ค่าบำรุง รายปี	เงิน สงเคราะห์ เก็บไว้ ล่วงหน้า	วันที่สหกรณ์ ส่งเงินให้สมาคม	สมาคม พิจารณา อนุมัติรับ	วันที่สมาชิกภาพ สมบูรณ์ จากการเสียชีวิต ด้วยอุบัติเหตุ ในวันที่ 1 ของเดือนถัดไป	วันที่สมาชิก ภาพสมบูรณ์ จากการ เสียชีวิต ทุกกรณี ในวันที่ 1 ของ เดือนที่ครบ 2 ปี (ยกเว้นเสียชีวิต ด้วยโรคมะเร็ง)	วันที่สมาชิก ภาพสมบูรณ์ จากการ เสียชีวิตด้วย โรคมะเร็ง ในวันที่ 1 ของเดือนที่ ครบ 2 ปี
10/2566	1 - 25 ก.ค. 2566	20 บาท	20 บาท	5,500 บาท	26 - 28 ก.ค. 2566	30 ก.ค. 2566	1 ส.ค. 2566	1 ก.ค. 2568	1 ก.ค. 2568

หมายเหตุ : 1. ปราศจากประวัติการรักษาโรคดังกล่าวต่อไปนี้

- (1) โรคมะเร็ง (2) โรคหัวใจ (3) โรควัณโรค (4) โรคปอดเรื้อรัง (5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง (6) ภาวะไตวาย (ล้างไต) (7) โรคเอดส์ (8) โรคตับแข็ง (9) โรคเอสแอลอี (SLE) (10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายตามประกาศแนบท้ายใบรับรองแพทย์ สสท. 2 สมาคมฯ จะไม่รับเป็นสมาชิก

ทั้งนี้ การรับสมัครสมาชิก สสท. ไม่รับสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค 9 โรคดังกล่าวข้างต้น หรือโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย 20 โรค ตามประกาศแนบท้ายใบรับรองแพทย์ สสท. 2 โดยหากศูนย์ประสานงานไม่มั่นใจในกรณีที่ใบรับรองแพทย์ของผู้สมัครเคยมีประวัติการรักษาด้วยโรคตาม (1)-(10) แล้วจะสามารถสมัครเป็นสมาชิก สสท. ได้หรือไม่ ให้ส่งใบรับรองแพทย์มาให้สมาคมพิจารณา ซึ่งสมาคมจะมีแพทย์ที่เป็นคณะกรรมการอยู่ในไลน์กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานเป็นผู้วินิจฉัยโรคตามใบรับรองแพทย์ว่าจะสามารถสมัครสมาชิก สสท. ได้หรือไม่

2. ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก สสท. หากสมัครตั้งแต่วันที่ 1-25 กรกฎาคม 2566 จะมีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจากสมาคม ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2566 ข้อ 12 ดังนี้

(1) การเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ นับแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2566 นับจากวันที่คณะกรรมการมีมติรับ หรือ

(2) การเสียชีวิตทุกกรณี นับแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2568 นับจากวันที่คณะกรรมการมีมติรับ ยกเว้นการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด ทั้งนี้ ต้องไม่เคยมีประวัติการรักษาด้วยโรคที่กำหนดตามใบรับรองแพทย์หรือตามประกาศของสมาคมมาก่อนการสมัคร

(3) การเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด นับแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2568 นับจากวันที่คณะกรรมการมีมติรับ ทั้งนี้ ต้องไม่เคยมีประวัติการรักษาโรคมะเร็งทุกชนิดมาก่อนการสมัคร

4. กรณีเสียชีวิตก่อนระยะเวลาที่คณะกรรมการมีมติอนุมัติรับเป็นสมาชิกไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น และ สสท. จะหักเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเป็นค่าเงินสงเคราะห์ศพ ให้แก่สมาชิกที่เสียชีวิตไปก่อน ตั้งแต่วันที่ที่มีสมาชิกภาพสมบูรณ์ด้วยการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ตั้งแต่วันที่ 1 ของเดือนถัดไป นับจากวันที่คณะกรรมการอนุมัติรับเป็นสมาชิก จนถึงวันที่สมาชิกเสียชีวิต หากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ สสท. จะดำเนินการคืนให้ หรือหากเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าไม่พอหัก สสท. ก็จะมีการเรียกเก็บเพิ่ม

5. อาศัยอำนาจข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2566 ตามข้อ 12 ข้อ 17 ข้อ 20 ข้อ 21 ข้อ 24 ข้อ 25 และข้อ 26 ณ วันที่ได้รับเป็นสมาชิกภาพสมบูรณ์ของสมาคมเมื่อเสียชีวิต ทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์จะได้รับเงินสงเคราะห์จากจำนวนสมาชิก ณ วันที่เสียชีวิตคูณด้วย 4.60 บาท (ในกรณีจำนวนสมาชิก 226,858 ณ วันที่ 20 มิถุนายน 2566 คูณด้วย 4.60 บาท เป็นเงิน 1,043,546.80 บาท) โดยเงินที่สมาชิกได้รับจะหักเงินค่าบริหารสมาคมและศูนย์ประสานงาน 4% ตามกฎกระทรวงและข้อบังคับ จำนวน 41,741.87 บาท ทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ เป็นเงิน 1,001,804.93 บาท

6. ในกรณีที่สมาคมตรวจสอบภายหลังจากการอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว พบว่า ผู้สมัครหรือสมาชิกทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว มีคุณสมบัติไม่ตรงตามข้อบังคับและ ประกาศการรับสมัครของสมาคมหรือ “มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง” หรือมีประวัติการรักษาด้วย โรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์ 9 โรค หรือโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายใบรับรองแพทย์ สสท. 2 มาก่อนการสมัครสมาคมจะถือว่าผู้สมัครหรือ สมาชิกรายนั้น ขาดคุณสมบัติตามข้อบังคับสมาคมและจะถือว่า การสมัครเป็นโมฆะตั้งแต่วันรับสมัคร ทั้งนี้ ทั้งนี้ ผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นจะไม่มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

7. ให้ศูนย์ประสานงานบันทึกการออกข้อมูลสมาชิกที่ตรวจสอบแล้ว (รายบุคคล) ลงในโปรแกรมข้อมูล ของ สสท. โดยสอบถามการบันทึกข้อมูลได้ที่เจ้าหน้าที่ สสท. นายวัชรินทร์ เอื้อพงศ์พันธุ์ โทรศัพท์ 0 2496 1350 - 57 หรือมือถือ 09 5712 9740, 08 6372 9629

8. ใบสมัครและเอกสารประกอบให้ดาวน์โหลดได้ที่ www.cpct.or.th (โดยเฉพาะใบรับรองแพทย์ ให้ใช้ฉบับปรับปรุง ณ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2566)

จึงประกาศมาเพื่อโปรดทราบและโปรดประชาสัมพันธ์การรับสมัครให้บุคลากรในสังกัดท่าน ที่มีคุณสมบัติได้ทราบโดยทั่วกัน โดยสามารถติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่เจ้าหน้าที่ สสท. นางสาวกรรณิการ์ แก้วกาหลง โทรศัพท์ 0 2496 1350 - 57 หรือมือถือ 09 5712 9740, 08 6372 9629

ประกาศ ณ วันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2566



(ดร.มะณู บุญศรีเมธีชัย)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

เอกสารประกอบ

- ☐ 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- ☐ 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ☐ 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- ☐ 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ที่ สสทท. กำหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- ☐ 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- ☐ 7. กรณีสมาชิกสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้าย หรือ ใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด



ใบเสร็จรับเงิน สสทท. เล่มที่

เลขที่

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ (วาระปกติ)

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสทท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.คู่สมรสชื่อ.....

(1) ☐ สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์.....☐ อื่นๆ (ระบุ).....

(2) ตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

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

(4) การชำระเงิน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรก

☐ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท☐ ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท☐ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า.....5,500... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....5,540...บาท (ห้าพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

☐ ชำระเป็นเงินสดที่สมาคมหรือศูนย์ประสานงานสมาคม☐ ชำระเงินเข้าบัญชีสมาคม ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเดอะคริสตัล ราชพฤกษ์ ชื่อบัญชี สมาคมพัฒนากิจ

สงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประเภทกระแสรายวัน (Bill Payment Pay- In Slip)

เลขที่บัญชี 468-0-39888-5

☐ ชำระจากเงินปันผล เติบโตขึ้น จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.1
ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสท. และได้แนบหลักฐาน
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ
และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสท. ตามรอบการรับสมัคร หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของกรรมการ

- เสนอ ☐ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสท.
☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสท.

- คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสท. ตั้งแต่วันที่.....
ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่/ 25.....เมื่อวันที่.....
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- ☐ นายกสมาคม สสท.
☐ กรรมการ สสท. ปฏิบัติการแทน
นายกสมาคม สสท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



સસદી. ૨

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสท.

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

๗ ได้ตรวจร่างกายและสอบถามประวัติ นาย/นาง/นางสาว.....แล้ว มีรายละเอียด ดังนี้

☐ (1) ไม่เป็นผู้มีกายภาพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

☐ (2) ไม่มีจิตพินเพื่อน ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(3.1) โรคอะไร ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

(3.2) โรคหัวใจ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

(3.3) โรควักโรค ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

(3.4) โรคปอดเรื้อรัง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

(3.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ☐ ไม่สี ☐ สี (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) โรคภัยแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสช. 2

☐ ឯកជន ☐ រដ្ឋ (រដ្ឋបាល).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ไปรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสภท. โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป

ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสท.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสรท. ดังนี้

- ☐ 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- ☐ 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ 3. ไม่มีจิตพื้นเพื้อน ไม่สมประกอบ

(4.1) โรคมะเร็ง ☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....

(4.2) โรคหัวใจ ☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....

(4.3) โรคหัวใจโรค ☐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).....

(4.10) โรคภัยแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสสท. 2

□ ឆ្នាំ □ ខែ (រយៈពេល).....

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสสท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้า
 กณพยานาลที่เกี่ยวข้องได้

สงวน.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสชท.)

สิ่งอื่น.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

6300

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์



ประกาศสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย
เรื่อง กำหนดโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

เพื่อให้การดำเนินงาน สสท. และศูนย์ประสานงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 7/2566 ครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2566 จึงได้มีมติ กำหนดโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย โดยให้ศูนย์ประสานงานถือปฏิบัติ เพื่อให้การดำเนินงานของ สสท. และศูนย์ประสานงานมีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ดังนั้น สสท. จึงขอความร่วมมือให้ศูนย์ประสานงานทำการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัคร เป็นสมาชิก สสท. ได้รับทราบและใช้ใบรับรองแพทย์ (สสท. 2) ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนดเท่านั้น โดยสามารถดาวน์โหลดใบรับรองแพทย์ (สสท. 2) ได้ที่ www.cpct.or.th และการรับสมัครสมาชิก สสท. ไม่รับสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค 9 โรค ตามที่ระบุใบรับรองแพทย์ (สสท. 2) ดังนี้

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

และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่น ๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายตามประกาศของ สสท.

ดังนี้

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

6. โรคซึมเศร้า (DEPRESSIVE DISORDER)
7. โรคไทรอยด์เป็นพิษ (THYROIDTOXICOSIS) ที่ยังไม่สามารถควบคุมให้ไทรอยด์ฮอร์โมนอยู่ในเกณฑ์ปกติ
8. โรคธาลัสซีเมีย (THALASSEMIA) ชนิดเมเจอร์ (Major) ได้แก่ อัลฟาธาลัสซีเมียเมเจอร์ (Alpha Thalassemial Major) ,เบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์ (Beta Thalassemial Major), โรคธาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ
9. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีค่าความดันตัวบน (Systolic pressure) ตั้งแต่ 180 มม.ปรอท ขึ้นไป หรือค่าความดันตัวล่าง (Diastolic pressure) ตั้งแต่ 110 มม.ปรอท ขึ้นไป
10. โรคเบาหวาน (DM) ที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 8% และค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 180 mg/dl
11. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus infection) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
12. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C virus infection) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
13. โรคไขมันพอกตับ (Fatty liver) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
14. โรคไขกระดูกฝ่อ (Aplastic Anemia)
15. โรคลมชัก (Epilepsy) ที่มีภาวะชัก ในระยะ 1 ปีล่าสุด
16. โรคผิวหนังแข็ง (Scleroderma)
17. โรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 4 ขึ้นไป
18. โรคฮีโมฟีเลีย (HEMOPHILIA)
19. โรคอ้วน (Obesity) ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 35 ร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
20. โรคเกล็ดเลือดต่ำจากภูมิคุ้มกัน (ITP : Immune thrombocytopenia)

ทั้งนี้ หากศูนย์ประสานงานไม่มั่นใจในกรณีที่ใบรับรองแพทย์ของผู้สมัครระบุเคยมีประวัติการรักษาด้วยโรคตาม (1) - (9) และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ให้ส่งใบรับรองแพทย์มาให้ สสท. พิจารณาผ่านช่องทางไลน์กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน โดย สสท. จะมีองค์กรแพทย์สมาคม ประกอบด้วย นายแพทย์อนุพงศ์ เพ็ญจันทร์ นายแพทย์สมชาย ศรีสมบัติตติ นายแพทย์ชัชวาล ก่อสกุล และนายแพทย์สุชาติ ดันตินิรามย์ ซึ่งเป็นที่ปรึกษา อุปนายก และกรรมการของ สสท. จะเป็นผู้วินิจฉัยว่าสามารถสมัครสมาชิก สสท. ได้หรือไม่

อนึ่ง ในกรณีที่สมาคมตรวจสอบภายหลังจากการอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว พบว่าผู้สมัครหรือสมาชิกทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว “มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง” หรือมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์หรือโรคอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายมาก่อนการสมัคร สสท. จะถือว่าผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้น ขาดคุณสมบัติตามข้อบังคับ พ.ศ. 2566 ข้อ 10.1 (4) และข้อ 10.2 (8)

ซึ่งจะถือว่าการสมัครเป็นโมฆะตั้งแต่วันรับสมัครทันที ทั้งนี้ ผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นจะไม่มีสิทธิได้รับเงิน
สงเคราะห์ครอบครัวไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

ประกาศ ณ วันที่ 29 พฤษภาคม 2566 เป็นต้นไป



(ดร.มานะ นุชศรีเมธีย)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย



**หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์
สมาคมภานกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

สมาชิกสมาคมภานกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....

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

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

โทรศัพท์.....มือถือ.....

1. สถานภาพ

☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสทท. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า

คือ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า(10%ของเงินสงเคราะห์)

ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

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 ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

☐ อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสทท.

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสทท.
(.....)

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....
.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....
จำกัด...หรือ.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....
.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
เป็นผู้ () รับเงินค่าจัดการศพ () รับเงินสงเคราะห์ () อื่นๆ ที่พึงได้รับ
แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวมาชำระหนี้ของ.....ที่มีต่อ
สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักงานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นขอสมัครและมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....) (.....)

บัตรประชาชนเลขที่ บัตรประชาชนเลขที่.....
 (ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ)ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
 (.....) (.....)
 บัตรประชาชนเลขที่..... บัตรประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ)ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบ
อำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

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



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.2
ของสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสท. และได้แนบหลักฐาน
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ
และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสท. ตามรอบการรับสมัครสมาชิก หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

เสนอ ☐ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสท.

☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสท.

คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสท. ตั้งแต่วันที่.....

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่/ 25.....เมื่อวันที่.....

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

☐ นายกสมาคม สสท.

☐ กรรมการ สสท. ปฏิบัติการแทน

นายกสมาคม สสท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสท.



สสท. 2

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

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

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสท. ดังนี้

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

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- (4.1) โรคมะเร็ง ☐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).....
- (4.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสท. 2 ☐ไม่มี ☐มี (ระบุ).....

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ให้ สสท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสท. ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2566 ข้อ 15(4) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใด ๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสท. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสท.)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์



ประกาศสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย
เรื่อง กำหนดโรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

เพื่อให้การดำเนินงาน สสช. และศูนย์ประสานงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 7/2566 ครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2566 จึงได้มีมติ กำหนดโรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย โดยให้ศูนย์ประสานงานถือปฏิบัติ เพื่อให้การดำเนินงานของ สสช. และศูนย์ประสานงานมีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ดังนั้น สสช. จึงขอความร่วมมือให้ศูนย์ประสานงานทำการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัคร เป็นสมาชิก สสช. ได้รับทราบและใช้ใบรับรองแพทย์ (สสช. 2) ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนดเท่านั้น โดยสามารถดาวน์โหลดใบรับรองแพทย์ (สสช. 2) ได้ที่ www.cpct.or.th และการรับสมัครสมาชิก สสช. ไม่รับสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค 9 โรค ตามที่ระบุใบรับรองแพทย์ (สสช. 2) ดังนี้

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

และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายตามประกาศของ สสช. ดังนี้

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

6. โรคซึมเศร้า (DEPRESSIVE DISORDER)
7. โรคไทรอยด์เป็นพิษ (THYROIDTOXICOSIS) ที่ยังไม่สามารถควบคุมให้ไทรอยด์ฮอร์โมนอยู่ในเกณฑ์ปกติ
8. โรคธาลัสซีเมีย (THALASSEMIA) ชนิดเมเจอร์ (Major) ได้แก่ อัลฟาธาลัสซีเมียเมเจอร์ (Alpha Thalassaemia Major) ,เบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์ (Beta Thalassaemia Major), โรคธาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ
9. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีค่าความดันตัวบน (Systolic pressure) ตั้งแต่ 180 มม.ปรอทขึ้นไป หรือค่าความดันตัวล่าง (Diastolic pressure) ตั้งแต่ 110 มม.ปรอท ขึ้นไป
10. โรคเบาหวาน (DM) ที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 8% และค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 180 mg/dl
11. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus infection) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
12. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C virus infection) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
13. โรคไขมันพอกตับ (Fatty liver) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
14. โรคไขกระดูกฝ่อ (Aplastic Anemia)
15. โรคลมชัก (Epilepsy) ที่มีภาวะชัก ในระยะ 1 ปีล่าสุด
16. โรคผิวหนังแข็ง (Scleroderma)
17. โรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 4 ขึ้นไป
18. โรคฮีโมฟีเลีย (HEMOPHILIA)
19. โรคอ้วน (Obesity) ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 35 ร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
20. โรคเกล็ดเลือดต่ำจากภูมิคุ้มกัน (ITP : Immune thrombocytopenia)

ทั้งนี้ หากศูนย์ประสานงานไม่มั่นใจในกรณีที่ใบรับรองแพทย์ของผู้สมัครเคยมีประวัติการรักษาด้วยโรคตาม (1) - (9) และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ให้ส่งใบรับรองแพทย์มาให้ สสท. พิจารณาผ่านช่องทางไลน์กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน โดย สสท. จะมีองค์กรแพทย์สมาคม ประกอบด้วย นายแพทย์อนุพงศ์ เพ็ญจันทร์ นายแพทย์สมชาย ศรีสมบัติตติ นายแพทย์ชัชวาล ก่อสกุล และนายแพทย์สุชาติ ดันตินิรามย์ ซึ่งเป็นที่ปรึกษา อุปนายก และกรรมการของ สสท. จะเป็นผู้นิยามว่าสามารถสมัครสมาชิก สสท. ได้หรือไม่

อนึ่ง ในกรณีที่สมาคมตรวจสอบภายหลังจากการอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว พบว่าผู้สมัครหรือสมาชิกทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว “มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง” หรือมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์หรือโรคอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายมา ก่อนการสมัคร สสท. จะถือว่าผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้น ขาดคุณสมบัติตามข้อบังคับ พ.ศ. 2566 ข้อ 10.1 (4) และข้อ 10.2 (8)

ซึ่งจะถือว่าการสมัครเป็นโมฆะตั้งแต่วันรับสมัครทันที ทั้งนี้ ผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นจะไม่มีสิทธิได้รับเงิน
สงเคราะห์ครอบครัวไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

ประกาศ ณ วันที่ 29 พฤษภาคม 2566 เป็นต้นไป



(ดร.มานะ นุชศรีเมธีชัย)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย



**หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์
สมาคมพยาบาลงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสมาคมพยาบาลงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....

1. สถานภาพ

☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสท. พึ่งจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า
คือ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า(10%ของเงินสงเคราะห์)
ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

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 ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

☐ อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสท.

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสท.

(.....)

(.....)