

## ใบสมัครสมาชิกสำหรับสมาชิกสมทบ

ตามข้อ 10.2 (1) และ (2)



เลขประจำตัวสมาชิก สสอ.รท.....

**สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

**เอกสารประกอบ**

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัครและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกราย
2. สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลรัฐบาล) มีอายุไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
4. ใบรับรองสุขภาพตนเอง
5. กรณีที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ต้องมีหลักฐานแสดงสังกัด
6. สำเนาใบทะเบียนสมรส กรณีสมรสคู่สมรส
7. หลักฐานที่เกี่ยวข้อง

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- (1)  เป็นคู่สมรสของ นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิก สสอ.รท. ทะเบียนฌาปนกิจเลขที่.....  
(แนบสำเนาใบทะเบียนสมรส)
- เป็นบิดา/มารดา/บุตร/บุตรบุญธรรม ของ นาย/นาง/นางสาว.....  
สมาชิก สสอ.รท. ทะเบียนฌาปนกิจเลขที่.....(แนบเอกสารที่เกี่ยวข้อง)
- เป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์  วิชาชีพอื่น ระบุวิชาชีพ .....  
เลขทะเบียนที่ ..... รอบการสมัคร ..... พ.ศ.....
- เป็นเจ้าหน้าที่หน่วยราชการ.....(แนบหลักฐาน)
- (2) ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....  
สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....โทรสาร.....
- (3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรสาร.....  
โทรศัพท์มือถือ.....
- (4) สถานที่ติดต่อ/ส่งเอกสาร  
 (4.1) เหมือนข้อ (3)  
 (4.2) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรสาร.....  
โทรศัพท์มือถือ.....
- (5) หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายขอมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....  
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้าเป็นผู้จัดการศพ

(6) การชำระเงิน

(6.1) การชำระเงินครั้งแรก

- ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 40.- บาท       ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 40.- บาท  
 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 4,800.- บาท      รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 4,880.- บาท

(6.2) วิธีการชำระเงิน

กรณีสหกรณ์รับเป็นศูนย์ประสานงาน

- ชำระที่ศูนย์ประสานงาน / โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

กรณีสมัครตรงที่สมาคม

- ชำระเงินที่ Counter Service (7-Eleven) ค่าธรรมเนียม 10 บาท โดยแสดงบัตรประจำตัวประชาชน  
 โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 987-3-26395-0 และส่งสำเนาให้สมาคม

(7) การชำระเงินครั้งต่อไป เพื่อต่อสมาชิกภาพ (ประมาณเดือนธันวาคมของทุกปี)

กรณีสหกรณ์รับเป็นศูนย์ประสานงาน

- ชำระที่ศูนย์ประสานงาน / โอนเข้าบัญชีศูนย์ประสานงาน

กรณีสมัครตรงที่สมาคม

- ชำระเงินที่ Counter Service (7-Eleven) ตามจำนวนที่สมาคมแจ้ง  
 โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 987-3-26395-0 และส่งสำเนาให้สมาคม

สมาชิกสมทบที่เป็นคู่สมรส บิดา มารดา และบุตร ของสมาชิกสามัญที่สมัครตั้งแต่ มกราคม 2561 จะต้องพ้มสมาชิกภาพในกรณีที่สมาชิกสามัญผู้นั้นลาออก/พ้นสภาพ ยกเว้นกรณีเสียชีวิต

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขต่างๆ ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

ขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

สมาชิก สสอ.รท. เลขที่.....

หมายเหตุ :

- 1) โปรดเขียนใบสมัครด้วยลายมือตนเองเพื่อป้องกันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงโดยท่านไม่ทราบ
- 2) ข้อความใดที่มีการขาด ลบ ชิดฆ่า ขอให้ลงชื่อกำกับ
- 3) สมาชิกสมทบ /สถานที่สมัคร
  - คู่สมรส บิดา มารดา บุตร ของสมาชิกสามัญ
  - เป็นเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานราชการ
  - เป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์วิชาชีพอื่น
  - สมัครที่ศูนย์ประสานงาน/สมาคม
  - สมัครด้วยตนเองที่สมาคม
  - สมัครด้วยตนเองที่สมาคม
- 4) ผู้สมัครต้องกรอกแบบฟอร์มใบรับรองสุขภาพตนเอง
- 5) ผู้สมัครต้องมีใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลที่ไปรับการตรวจที่มีอายุไม่เกิน 30 วัน



## สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกสมทบ สสอ.รท. ตามข้อบังคับข้อ 10.2 และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และอื่นๆ ตามข้อบังคับระเบียบและประกาศของสมาคมสถาปนากิจสหกรณ์ออมทรัพย์สหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย เรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

## ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

- เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิกสมทบ สสอ.รท. ....
- ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

## ความเห็นคณะกรรมการสมาคม สสอ.รท.

- อนุมัติเข้ารับเป็นสมาชิกสมทบ สสอ.รท. ตั้งแต่วันที่.....ตามมติคณะกรรมการครั้งที่...../.....
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

1. นายกสมาคม สสอ.รท.

2. กรรมการ สสอ.รท. ปฏิบัติหน้าที่แทนนายก  
สสอ.รท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

# ใบรับรองแพทย์

ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลของรัฐบุคคลที่ผู้สมัครใบรับการตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  - (2) แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือเป็นโรคใด ระบุโรค.....
  - (3) ใบรับรองแพทย์ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
  - (4) ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐที่แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกายสังกัดให้ชัดเจน





หนังสือแสดงเจตนาการให้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว  
สมาคมธนาคารแห่งประเทศไทย (สสอ.รท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เป็น  คู่สมรส  บุตร  บิดา/มารดา ของสมาชิก สสอ.รท.  
ชื่อ.....ทะเบียนเลขที่..... สังกัดสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด  
 เป็นเจ้าหน้าที่หน่วยราชการ .....  เป็นสมาชิกสมาคมธนาคารแห่งประเทศไทย  
(กลุ่มวิชาชีพ).....เลขทะเบียนที่.....  
ปัจจุบันข้าพเจ้าอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....  
ทำงานในตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ..... โทรสาร.....

(1) ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาให้บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวที่ สสอ.รท. พึ่งจ่าย

(1.1)..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

(1.2)..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

(1.3)..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้  ได้รับส่วนแบ่งเท่ากันทุกคน  อื่น ๆ .....

ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ และหากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิที่เหลืออยู่ดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(2) ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมธนาคารแห่งประเทศไทย (สสอ.รท.) จะนำส่งเงินค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าหรือเงินสงเคราะห์ที่ใช้เกินตามที่เรียกเก็บ ส่งศูนย์ประสานงานที่สมัคร หรือ ส่งให้สมาคมภายในเดือนธันวาคมของทุกปี หรือภายในเวลาที่สมาคมฯ กำหนด

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการศูนย์ประสานงานฯ

(ลงชื่อ).....กรรมการ สสอ.รท.

(.....)

**หมายเหตุ** ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่ายและการเก็บรักษาเงินของสมาคมธนาคารแห่งประเทศไทย วันที่ 27 ธันวาคม 2545 กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้

1. สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา
2. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
3. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
4. ปู่ ย่า ตา ยาย
5. ลุง ป้า น้า อา
6. ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู

แบบฟอร์มนี้ให้ใช้ตั้งแต่การสมัคร  
รอบ 7/2565 ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2565  
เป็นต้นไป



เรื่อง หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง

เรียน นายกสมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

โทร..... เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด

เลขที่สมาชิก..... ได้สมัครเป็นสมาชิก สสอ.รท. รอบการสมัครที่.....

ได้แนบใบรับรองแพทย์จาก..... แล้ว

และขอเรียนว่าระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้ามีประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคต่อไปนี้ ดังนี้

- |                                     |                          |                             |            |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------|
| 1. โรคหัวใจหรือหลอดเลือด            | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ ..... |
| 2. โรคหัวใจในระยะเวลาอันตราย        | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ ..... |
| 3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง             | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ ..... |
| 4. โรคเมเร็งทุกชนิด ทุกระยะ         | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ ..... |
| 5. โรคตับอักเสบ                     | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ ..... |
| 6. โรคปอดเรื้อรัง                   | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ ..... |
| 7. ภาวะไตวาย                        | <input type="radio"/> มี | <input type="radio"/> ไม่มี | ระบุ ..... |
| 8. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ |                          |                             | .....      |

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความตามข้อ 1 - 8 เป็นความจริงทุกประการและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าหรือให้ สสอ.รท. ขอประวัติการรักษาจากสถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาหรือที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวและถึงแก่ความตายภายในหนึ่งปี นับตั้งแต่วันที่สมาคมรับเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสถานะเป็นสมาชิกมาตั้งแต่วันสมัคร ไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์และให้ทางสมาคมคืนเฉพาะเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินค่าบำรุงรายปีให้แก่บุคคลที่ข้าพเจ้าแจ้งไว้ในใบสมัครด้วย

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน (ญาติที่ใกล้ชิด บิดา, มารดา, พี่ น้อง ฯลฯ)  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน (กรรมการ/เจ้าหน้าที่ศูนย์)  
(.....) ตัวบรรจง