



สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

Cremation Association for Thai Public Health Savings and Credit Cooperatives Members

ที่ สสชท. 01 ว. 4265

14 สิงหาคม 2563

เรื่อง กำหนดให้ผู้สมัครสมาชิก สสชท. ใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนดประกอบการสมัคร
เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาล สาธารณสุข และสหกรณ์ออมทรัพย์หน่วยงาน
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองแพทย์ (สสชท.2)

จำนวน 1 ชุด

ด้วยสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสชท.) โดยที่ประชุม
คณะกรรมการดำเนินการสมาคม ชุดที่ 5/2563 ครั้งที่ 5 วันอาทิตย์ ที่ 26 กรกฎาคม 2563 มีมติเห็นชอบ
กำหนดให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนดประกอบการสมัครเป็นสมาชิกสมาคม
รอบที่ 9/2563 ประจำเดือนกันยายน 2563 เป็นต้นไป

ในการนี้ สสชท. จึงขอความร่วมมือให้ศูนย์ประสานงานทำการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจ
สมัครเป็นสมาชิก สสชท. ได้รับทราบและใช้ใบรับรองแพทย์ (สสชท.2) ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนด
เท่านั้น โดยสามารถดาวน์โหลดใบรับรองแพทย์ (สสชท.2) ได้ที่ www.cpct.or.th และการรับสมัครสมาชิก
สสชท. ไม่รับสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค 9 โรค ตามที่ระบุใบรับรองแพทย์ (สสชท.2) หรือโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ
ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย โดยหากศูนย์ประสานงานไม่มั่นใจในกรณีที่ใบรับรองแพทย์ของผู้สมัคร
ระบุเคยมีประวัติการรักษาด้วยโรคตาม (1)-(9) หรือโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่า
อันตรายแล้วจะสามารถสมัครเป็นสมาชิก สสชท. ได้หรือไม่ ให้ส่งใบรับรองแพทย์มาให้สมาคมพิจารณา
ซึ่งสมาคมจะมีแพทย์ที่เป็นคณะกรรมการอยู่ในไลน์กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานเป็นผู้วินิจฉัยโรคตาม
ใบรับรองแพทย์ว่าจะสามารถสมัครสมาชิก สสชท. ได้หรือไม่

อนึ่ง ในกรณีที่สมาคมตรวจสอบภายหลังจากการอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว พบว่าผู้สมัครหรือ
สมาชิกทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว “มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง” หรือมีประวัติการรักษาด้วย
โรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์หรือโรคอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายมาก่อนการสมัคร
สมาคมจะถือว่าผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้น ขาดคุณสมบัติตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ.2563 ข้อ 10.1 (4)
และข้อ 10.2 (7) และจะถือว่าการสมัครเป็นโมฆะตั้งแต่วันรับสมัครทันที ทั้งนี้ ผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้น
จะไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

2



จึงประกาศมาเพื่อโปรดทราบและโปรดประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิก สสชท. ทราบ
ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(ดร.มะณู บุญศรีมณีชัย)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย



สสชท. 2

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสชท.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้

โรคตามข้อ (3.1) – (3.9) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์ ไม่มี มี (ระบุ).....

โรคประจำตัวอื่น ๆ

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) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

(2) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน 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).....

(4) โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ).....

สรุปความเห็นและคำแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่า เป็นโรค ตาม ข้อ (3) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย สมาคมฯ จะไม่รับ

เป็นสมาชิก

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสชท. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2563 เป็นต้นไป



ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสท.

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).....

5. โรคร้ายแรงอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ให้ สสท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสท. ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2563 ข้อ 15(4) ได้ทันที และ ข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะ เรียกเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสท. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้า จากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสท.)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์