กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)
Member of Thai Public Health SACCOs Members' Welfare Fund (MTPF)

ที่ กสธท. ว. 2734 /2563

19 สิงหาคม 2563

เรื่อง กำหนดให้ผู้สมัครสมาชิก กสธท. ใช้ใบรับรองแพทย์ และใบสมัครสมาชิกตามแบบฟอร์มที่กองทุนสวัสดิการสมาชิก กสธท. กำหนดประกอบการสมัคร

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาล สาธารณสุข และสหกรณ์ออมทรัพย์หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ กสธท. (กสธท. 2) จำนวน 1 ชุด
2. แบบฟอร์มใบสมัครสมาชิก กสธท. (กสธท. 1) จำนวน 1 ชุด

ด้วยกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.) โดยที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ กสธท. ครั้งที่ 7/2563 วันเสาร์ ที่ 25 กรกฎาคม 2563 มีมติเห็นชอบกำหนดให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ และใบสมัครสมาชิกตามแบบฟอร์มที่ กสธท. กำหนดประกอบการสมัครเป็นสมาชิก กสธท. รอบที่ 9/2563 ประจำเดือนกันยายน 2563 เป็นต้นไป

ในการนี้ กสธท. จึงขอความร่วมมือให้ศูนย์ประสานงานทำการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิก กสธท. ได้รับทราบและใช้ใบรับรองแพทย์ (กสธท.2) ใบสมัครสมาชิก กสธท. (กสธท. 1) ตามแบบฟอร์มที่ กสธท. กำหนดเท่านั้น โดยสามารถดาวน์โหลดเอกสารดังกล่าว ได้ที่ www.matpf.com และการรับสมัครสมาชิก กสธท. ไม่รับสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค 9 โรค ตามที่ระบุใบรับรองแพทย์ (กสธท.2) หรือโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย โดยหากศูนย์ประสานงานไม่มั่นใจในกรณีที่ใบรับรองแพทย์ของผู้สมัครระบุเคยมีประวัติการรักษาด้วยโรคตาม (1)-(9) หรือโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายแล้วจะสามารถสมัครเป็นสมาชิก กสธท. ได้หรือไม่ ให้ส่งใบรับรองแพทย์มาให้ กสธท. พิจารณา ซึ่ง กสธท. จะมีแพทย์ที่เป็นคณะกรรมการอยู่ในไลน์กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานเป็นผู้วินิจฉัยโรคตามใบรับรองแพทย์ว่าจะสามารถสมัครสมาชิก กสธท. ได้หรือไม่

อนึ่ง ในกรณีที่ กสธท. ตรวจสอบภายหลังจากการอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว พบว่าผู้สมัครหรือสมาชิกทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว "มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง" หรือมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์หรือโรคอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายมาก่อนการสมัคร กสธท. จะถือว่าผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้น ขาดคุณสมบัติตามข้อบังคับ กสธท. พ.ศ.2563 ข้อ 9 (2) และ

124/137 หมู่ที่ 2 หมู่บ้านนนทรี 5 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130
โทรศัพท์ 0 2496 1169, 09 2581 8080, 09 2592 4199 โทรสาร 0 2408 7657
124/137 MOO 2, Nontree 5 Village, Nakhon in Road, Bang Si Thong Subdistrict, Bang Kruai District, Nonthaburi Province, 11130 Thailand
Tel. +66 2496 1169, 09 2581 8080, 09 2592 4199 Fax +66 2408 7657 http://www.matpf.com

ข้อ 14 (1) (3) และ (6) โดยจะถือว่าการสมัครเป็นโมฆะตั้งแต่วันรับสมัครทันที ทั้งนี้ ผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นจะไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

จึงประกาศมาเพื่อโปรดทราบและโปรดประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิก กสธท. ทราบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.มะณู บุญศรีมณีชัย)
ประธานกรรมการกองทุนสวัสดิการ
สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย



ตราประทับ
สถานพยาบาล
ของรัฐ

กสธท. 2

# ใบรับรองแพทย์

**ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธท.**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้

โรคตามข้อ (3.1) – (3.9) 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) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้**

☐ **(2) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ**

**(3) <u>ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้</u>**

(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).....**

**สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์**.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

**หมายเหตุ** (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

**(3) <u>หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย กสธท. จะไม่รับเป็นสมาชิก</u>**

**(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธท. กำหนดนี้เท่านั้น**เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก กสธท. เริ่มใช้ตั้งแต่**<u>วันที่ 1 กันยายน 2563</u>** เป็นต้นไป

กสธท. 2

**ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก กสธท.**

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก กสธท. ดังนี้

☐ **1. มีสุขภาพแข็งแรง**

☐ **2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้**

☐ **3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ**

**4. <u>ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้</u>**

(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).....**

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ **<u>หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ให้ กสธท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก กสธท. ตามข้อบังคับ กสธท. พ.ศ. 2563 ข้อ 14 (3) ได้ทันที และข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจาก กสธท. ทั้งสิ้น</u>**

โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ กสธท. ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ กสธท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก กสธท.)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์

| โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง |
|---|
| เอกสารประกอบ<br>**(เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2563 เป็นต้นไป)**<br>☐ 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา<br>☐ 2. สำเนาหนังสือสำคัญ สสธท. พร้อมรับรองสำเนา<br>☐ 3. **ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน (ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กสธท.)**<br>☐ 4. กรณีสมัครประเภทสมทบสหกรณ์ออมทรัพย์ สมทบคู่สมรส และสมทบบุตร ต้องแนบสำเนาบัตรข้าราชการ/พนักงาน/ลูกจ้างในหน่วยงานของรัฐ หรือบัตรนักศึกษา พร้อมรับรองสำเนา |

**เลขทะเบียนสมาชิก กสธท. .....**

# ใบสมัครสมาชิก
## กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

1. เลขทะเบียนสมาชิก สสธท. ที่..... ☐ สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด ☐ สมัครตรง กสธท.
   ☐ เป็นสมาชิกสามัญ สสธท. ☐ เป็นเจ้าหน้าที่ กสธท./สสธท. ☐ เป็นกรรมการ/ผู้ตรวจสอบกิจการ/เจ้าหน้าที่ ชสอ.
   ☐ เป็นสมาชิกสมทบ สสธท. (ประเภทสมทบสหกรณ์ออมทรัพย์) ที่เป็นพนักงานราชการ/พกส./ลูกจ้างชั่วคราว ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
   ☐ เป็นสมาชิกสมทบคู่สมรส สสธท. ที่เป็นข้าราชการ/พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวง/ลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างชั่วคราว ในหน่วยงานของรัฐ
   ☐ เป็นสมาชิกสมทบบุตร สสธท. ที่เป็นนักศึกษาหรือข้าราชการ/พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวง/ลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างชั่วคราว ในหน่วยงานของรัฐ
2. สถานติดต่อที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
3. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)
4. การชำระเงินค่าสมัครและเบี้ยประกัน ดังนี้
   4.1 การชำระเงินครั้งแรกเริ่มสมัคร เป็นเงิน.....บาท (ค่าสมัคร 100 บาท และเบี้ยประกัน.....บาท)
   4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินเบี้ยประกันต่ออายุ กสธท. ดังนี้
   ☐ ชำระเป็นเงินสดที่ กสธท. หรือศูนย์ประสานงาน กสธท.
   ☐ นำชำระเอง / โอนเข้าระบบ KTB teller payment ของธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี ชื่อบัญชี กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย รหัสหน่วยงาน/Company Code : 92778 ค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท
   ☐ ชำระจากเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด
5. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ต้นสังกัด เพื่อชำระหนี้ของข้าพเจ้า **(กรณีสหกรณ์ต้นสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน)** และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสธท.
6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า เมื่อคณะกรรมการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ทุกประการ และจะส่งเสริม สนับสนุน กสธท. ให้เจริญรุ่งเรืองยิ่งๆ ขึ้นไป
7. **ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่เคยมีประวัติการรักษาโรคตามใบรับรองแพทย์ที่ กสธท. กำหนด) มาก่อนวันสมัคร ตามข้อบังคับ 9 (2) หากข้าพเจ้ารู้แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ กสธท. ใช้สิทธิ์ตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ กสธท. ตามข้อบังคับข้อ 14 (1) (3) และ (6) ได้**

| ได้ตรวจสอบแล้ว |
|---|
| เป็นสมาชิก สสธท. ทะเบียนเลขที่.....จริง<br>.....<br>( )<br>เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสธท. |

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ.....กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ต้นสังกัด

(.....)

**ความเห็นของกรรมการกองทุนฯ พิจารณารับเป็นสมาชิก** ( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ

อาศัยข้อบังคับกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย พ.ศ. 2563 ข้อ 43 ตามมติที่ประชุมครั้งที่.....วันที่.....

ลงชื่อ.....ประธานกองทุนฯ / หรือผู้ได้รับมอบหมาย

(.....)