



สมาคมประกันสุขภาพสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.)

อาคารสวัสดิการประกันสุขภาพสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สธ.สอ.)

เลขที่ 199/8 หมู่ 2 ถนนนครินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

ที่ สส.สท. ว946/2565

8 พฤศจิกายน 2565

เรื่อง ประกาศรับสมัครสมาชิก สส.สท. รอบที่ 7/2566 อายุระหว่าง 20 - 70 ปี (เพิ่มเติม)

เรียน ประธานกรรมการศูนย์ประสานงาน สส.สท. ทุกศูนย์

อ้างถึง หนังสือ ที่ สส.สท. ว910-2565 หนังสือออกประกาศรับสมัครสมาชิก สส.สท. รอบที่ 7-2566
อายุระหว่าง 20 - 70 ปี ลงวันที่ 26 ตุลาคม 2565

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ประกาศ สส.สท. ลำดับที่ 23/2565 (เพิ่มเติม) ลง 7 พฤศจิกายน 2565 จำนวน 1 ฉบับ
2. ใบสมัครสมาชิก สส.สท. ประเภทสมทบ จำนวน 1 ฉบับ

ด้วยสมาคมประกันสุขภาพสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.) โดยมติที่ประชุมคณะกรรมการ
สมาคม ชุดที่ 1 ในคราวประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 10/2565 เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2565 เห็นชอบให้
บุคคลในครอบครัวของสมาชิก สมาคมประกันสุขภาพสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.) ประกอบด้วย
คู่สมรส บุตร บิดา มารดา บุตรบุญธรรม และเจ้าหน้าที่ศูนย์) สามารถสมัครเป็นสมาชิกประเภทสมทบ ของ สส.สท.
ในรอบที่ 7/2566 ได้ ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและขอความร่วมมือแจ้งให้สมาชิกสหกรณ์ทราบด้วยจักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรพล กมฺุทชาติ)

นายกสมาคมประกันสุขภาพสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย

หมายเหตุ:

1. ส่งสำเนาชุดใบสมัคร (ยกเว้น ใบรับรองแพทย์ส่งฉบับจริง)



ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ สส.สท. โทรศัพท์ 06-3458-6399 ,02-4961340 โทรสาร 02-4961338

หรือทาง E-mail: ftsc.coop8@gmail.com

นายรัชช จิตรชอบคำ ผู้จัดการ : 098-2874741



ลำดับที่ 23/2565

ประกาศสมาคมพัฒนาจิตสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย(สส.สท.)
เรื่อง หลักเกณฑ์การรับสมัครสมาชิกสมาคมพัฒนาจิตสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย
อายุระหว่าง 20 - 70 ปี (เพิ่มเติม)

ตามที่ สมาคมพัฒนาจิตสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย มีประกาศรับสมัครสมาชิก สส.สท. รอบ 7/2566 อายุระหว่าง 20-70 ปี สมัครตั้งแต่วันที่ 1-30 พฤศจิกายน 2565 ลงวันที่ 26 ตุลาคม 2565 นั้น

เพื่อเป็นการเพิ่มสวัสดิการให้กับสมาชิกสหกรณ์ ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 1 ในคราวประชุมครั้งที่ 10/2565 เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2565 มีมติ กำหนดให้เพิ่มคุณสมบัติของผู้สมัครสมาชิกประเภทสมทบ ตามรายละเอียดประกาศนี้ นอกนั้นให้เป็นไปตามประกาศเดิมทุกประการ

- 1. คุณสมบัติของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกประเภทสมทบ** ได้แก่บุคคลที่มีคุณสมบัติดังนี้
เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิก สมาคมพัฒนาจิตสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สก)
ประกอบด้วย คู่สมรส บุตร บิดา มารดา บุตรบุญธรรม และเจ้าหน้าที่ศูนย์
- 2. หลักฐานการสมัครเข้าเป็นสมาชิก** ผู้สมัครต้องมีเอกสารเพิ่มเติมดังต่อไปนี้
สำเนาใบเสร็จของสมาชิก สมาคมพัฒนาจิตสงเคราะห์สมาชิกขบวนการสหกรณ์ไทย (สส.สก)
สมาชิกประเภทสามัญ

ทั้งนี้ขอให้ศูนย์ประสานงานประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 7 พฤศจิกายน 2565

(นายสุรพล กมฺุทชาติ)

นายกสมาคมพัฒนาจิตสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.สท. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.สท. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.สท. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.สท.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.สท.

ไม่ควรรับเป็นสมาชิก สส.สท. เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)

เภรัญญิก/เลขานุการ ศูนย์ฯ

อุปนายก ศูนย์ฯ

ประธานศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.สท.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.สท. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ถูกต้องตามที่ศูนย์ประสานงานแจ้งให้กับทาง สส.สท. ทราบแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.สท.

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.สท. ตั้งแต่วันที่.....
(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

เภรัญญิก/เลขานุการ สส.สท.

อุปนายก สส.สท.

นายก สส.สท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพนักงานการเงินสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนสมาชิก..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ.....

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิให้ นาย/นาง/นางสาว.....
บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น..... เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.สท. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุ และ
ยินยอมให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้นเท่ากับ
จำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกผันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

- 3.1บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.2บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.3บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.4บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.5บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....
- 3.6บุตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทร.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการ
ใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ)พยาน

(ลงชื่อ)ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ประสานงาน (ลงชื่อ)ประธานศูนย์ประสานงาน

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคลตามข้อบังคับ ฯ หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) วิธีการจ่ายค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ ข้อ 3 ดังต่อไปนี้

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา | 1.4 ปู่ ย่า ตา ยาย |
| 1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน | 1.5 หลุง ป้า น้า อา |
| 1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 1.6 ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู |

ถ้าไม่มีบุคคลที่สมาชิกระบุไว้ในใบสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1. ตามลำดับ ก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ที่เหลืออยู่ ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับ เฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

2.1.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....	2.4.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....
2.2.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....	2.5.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....
2.3.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....	2.6.....เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ).....



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
สมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.สท. รอบสมัครเดือน.....
และขอไปรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....
ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3. โรคฉี่หนูโรคในระยะอันตราย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
6. โรคไตวายเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
7. โรคปอดเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
8. โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
9. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			

เรียน นายกษมาคมฉาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ไทย (สส.สท.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่มีประวัติการรักษาโรคตามข้อ 1-9 หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวตามข้อ 1-9 และหากเสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี หรือ**แจ้งข้อความอันเป็นเท็จให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสมาชิกภาพของ สส.สท. มาตั้งแต่ต้น** ทาง สส.สท. ไม่อนุโมติเป็นสมาชิก โดยคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้กับผู้สมัคร

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สส.สท.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)

ตัวบรรจง(.....)