

การรับสมัครสมาชิก อายุ 20 – 65 ปีบริบูรณ์

เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ 2 ธันวาคม 2567 เป็นต้นไป

คุณสมบัติของผู้สมัคร

ตามประกาศรับสมัครสมาชิกสมาคมฯ ฉบับที่ 14/2567 เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2567

- 1) บุคคลทั่วไป ที่มีอายุ 20-65 ปีบริบูรณ์ หรือบรรลุนิติภาวะ ที่ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน โรคอื่นๆ ทั้งนี้ ตามมติเห็นชอบของคณะกรรมการสมาคม
- 2) ประชาชนคนไทยที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดยโสธร และจังหวัดใกล้เคียง (อุบลฯ ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ มุกดาหาร และร้อยเอ็ด) หรือจังหวัดอื่นต้องอ้างอิงสมาชิกสมาคมมาปณิกสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร
- 3) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ

4) มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงในวันสมัคร ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือเป็นโรคเรื้อรังจนรักษาไม่หาย โดยจะต้องได้รับการรับรองจากแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลอื่นตามมติของคณะกรรมการ

หมายเหตุ : ใบรับรองแพทย์ ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลรัฐที่ผู้สมัครไปตรวจเท่านั้น

- 5) ต้องมีการแถลงรับรองสุขภาพของตนเอง ตามประกาศสมาคม ฉบับที่ 13/2567 เรื่องโรคต้องห้าม การรับสมัครสมาชิกสมาคม
- 6) อายุไม่เกิน 65 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่ยื่นใบสมัครต่อสมาคม

กลุ่มอายุ 20-60 ปี	กลุ่มอายุ 61-65 ปี
เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต รูปแบบที่ 1 (ไม่มีโรคประจำตัว) <ol style="list-style-type: none">1) ระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี (365 วัน)2) พันระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี จ่าย 100,000.-3) พันระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 2 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี จ่าย 200,000.-4) พันระยะเวลาการรอคอยมากกว่า 3 ปี ขึ้นไป จ่าย 300,000.-5) เสียชีวิตก่อนระยะเวลาการรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี	เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต รูปแบบที่ 1 (ไม่มีโรคประจำตัว) <ol style="list-style-type: none">1) ระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 2 ปี2) พันระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 2 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี จ่าย 100,000.-3) พันระยะเวลาการรอคอยมากกว่า 3 ปี ขึ้นไป จ่าย 200,000.-4) เสียชีวิตก่อนระยะเวลาการรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี
เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต รูปแบบที่ 2 (มีโรคประจำตัว) <ol style="list-style-type: none">1) ระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 2 ปี2) พันระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 2 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี จ่าย 100,000.-3) พันระยะเวลาการรอคอยมากกว่า 3 ปี ขึ้นไป จ่าย 200,000.-4) เสียชีวิตก่อนระยะเวลาการรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี	เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต รูปแบบที่ 2 (มีโรคประจำตัว) <ol style="list-style-type: none">1) ระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 2 ปี2) พันระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 2 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี จ่าย 100,000.-3) พันระยะเวลาการรอคอยมากกว่า 3 ปี ขึ้นไป จ่าย 150,000.-4) เสียชีวิตก่อนระยะเวลาการรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี
*ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ สมาคมจะคุ้มครองทันทีไม่เกิน 100,000 บาท หลังจากคณะกรรมการสมาคมมีมติอนุมัติเข้าเป็นสมาชิก และได้ชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามอัตราที่สมาคมกำหนด ให้แก่สมาคมแล้ว *** จ่ายทั้งสิ้น 35 ปี ***	*ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ สมาคมจะคุ้มครองทันทีไม่เกิน 100,000 บาท หลังจากคณะกรรมการสมาคมมีมติอนุมัติเข้าเป็นสมาชิก และได้ชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามอัตราที่สมาคมกำหนด ให้แก่สมาคมแล้ว *** จ่ายทั้งสิ้น 35 ปี ***

ค่าสมัครแรกเข้า ณ วันที่สมัคร จำนวน 2,550 บาท

เอกสารที่ใช้ในการสมัคร ดังนี้

- 1) ใบสมัคร
- 2) ใบรับรองแพทย์ (ใช้แบบฟอร์มโรงพยาบาลรัฐที่ไปตรวจเท่านั้น)
- 3) สำเนาบัตรประชาชน , สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้สมัคร ผู้จัดการศพ และผู้รับเงินสงเคราะห์ อย่างละ 1 ชุด
- 4) รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 แผ่น

หมายเหตุ : ผู้สมัครต้องมาสมัครด้วยตนเอง และต้องพาผู้รับเงินสงเคราะห์ หรือญาติมาเซ็นพยาน เพื่อรับทราบเงื่อนไขการสมัคร อย่างน้อย 1 คน มาสมัครได้ที่ สำนักงานสมาคมมาปณิกสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร 17/12 ถ.เทศบาล 1 ต.ในเมือง อ.เมืองยโสธร จ.ยโสธร 35000 สอบถามเพิ่มเติม โทร. 081-8763533 , 091-0649706 LINE ID : @133wuwpk

**รายละเอียดการชำระเงินค่าสงเคราะห์รายปี
และการจ่ายเงินสงเคราะห์ศพสมาชิกเสียชีวิต**

- 1) ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 100 บาท (จ่ายครั้งเดียว ณ วันที่สมัคร)
- 2) การชำระเงินสงเคราะห์ศพรายปี และค่าบำรุงรายปี
 - สมาชิกต้องจ่ายเงินสงเคราะห์ศพรายปี และค่าบำรุงรายปี รวมเป็นเงินจำนวน 2,450 บาท เป็นระยะเวลา 35 ปี (ครบ 35 ปี ไม่ต้องจ่ายเงินสงเคราะห์ศพรายปี สมาคมจะคุ้มครองตลอดชีวิต แต่สมาชิกต้องจ่ายเงินค่าบำรุงรายปี ละ 50 บาท และเงินสงเคราะห์เพิ่มเติมตามจำนวนศพที่เสียชีวิต ไม่เกินศพละ 20 บาท ให้กับสมาคมจนกว่าจะเสียชีวิต โดยสมาคมจะนับจำนวนผู้เสียชีวิตตั้งแต่ศพที่ 25 เป็นต้นไป)
 - หากปีใดที่สมาชิกเสียชีวิตมากกว่า 24 ศพ สมาคมจะเรียกเก็บเงินสงเคราะห์เพิ่มเติมตามจำนวนศพ อีกศพละไม่เกิน 20 บาท (ตั้งแต่ศพที่ 25 เป็นต้นไป จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม ของทุกปี โดยสมาคมจะเรียกเก็บในปีถัดไปพร้อมกับเงินสงเคราะห์ศพรายปีที่สมาชิกต้องชำระให้กับสมาคมในทุกปี)
- 3) การคุ้มครองเมื่อเสียชีวิต
 - 3.1) กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ คุ้มครองทันทีที่หลักจากคณะกรรมการรับรองเป็นสมาชิก ทุกรูปแบบการสมัคร (โดยรายการหักเงินเมื่อเสียชีวิต รายละเอียดการหักตาม ข้อ.4)
 - 3.2) กรณีเสียชีวิตปกติ จะคุ้มครองตามรูปแบบที่สมัคร
- 4) การจ่ายเงินสงเคราะห์ศพเมื่อสมาชิกเสียชีวิต จะมีรายการหักดังนี้
 - 4.1) หักค่าธรรมเนียมร้อยละ 4 ของเงินสงเคราะห์ตามสิทธิของสมาชิกรายนั้นๆตามวงเงินคุ้มครองและรูปแบบการสมัคร
 - 4.2) หักเงินสงเคราะห์ศพรายปีที่จ่ายยังไม่ครบ 35 ปีๆ ละ 2,450 บาท
 - 4.3) หักเงินสงเคราะห์เพิ่มตามจำนวนศพ (ศพละไม่เกิน 20 บาท) ของปีที่มาขึ้นการเสียชีวิต
- 5) เมื่อสมาชิกเสียชีวิต ผู้รับเงินค่าจัดการศพสามารถขอรับเงินค่าจัดการศพได้ จำนวนเงินไม่เกินร้อยละ 25 ของเงินสงเคราะห์ที่คุ้มครอง แต่ไม่เกิน 100,000 บาท แล้วแต่กรณี และสมาคมจะจ่ายค่าจัดการศพภายใน 7 วัน (ยกเว้นกรณีสมาชิกรายนั้นๆที่ต้องมีการตรวจประวัติการเสียชีวิต จะได้ไม่เกิน 30 วัน) นับจากวันที่สมาคมได้รับคำขอ และจ่ายเงินสงเคราะห์ส่วนที่เหลือ ภายใน 60 วัน หลังจากจ่ายเงินค่าจัดการศพ

เบอร์ติดต่อกรรมการสมาคม ฯ ประจำอำเภอใกล้บ้านท่าน

ชื่อ - สกุล	เขตอำเภอ	เบอร์ติดต่อ
นายวุฒินันต์ สุดบอนิจ	นายกสมาคมฯ	081-3934494
นายพัฒนา แสงศรี	กรรมการกลาง	083-7962322
นายดำริ นนท์สามารถ	เขตอำเภอ เมืองยโสธร	081-5790511
นายสุรินทร์ จักรวรรณพร	เขตอำเภอ คำเขื่อนแก้ว	094-2420458
นางชญญ์รส สุนทรธา	เขตอำเภอ เมืองยโสธร	091-0125895
นางดวงพร เพ็ลนสมบัติ	เขตอำเภอ มหาชนะชัย	063-5905585
นายแสนสุข เพ็ชรงาม	เขตอำเภอ ไทยเจริญ	087-3783112
นายนิวัตร ศรีเล็ก	เขตอำเภอ กุดชุม	081-1202140
นายนิรันต์ ถึงแสง	เขตอำเภอ ป่าดิว	088-5842088
นายอธิษฐ์พัฒน์ ชราศรี	เขตอำเภอ เมืองยโสธร	091-0538772
นายวิทยา เวฬุวนารักษ์	เขตอำเภอ ทรายมูล	064-0093825
นายชัยวัฒน์ หอมสุตชา	เขตอำเภอ ค้อวัง	081-9766776
นายเฉลิมยศ ป้องทอง	เขตอำเภอ เลิงนกทา	099-7014078

รับสมัครสมาชิกสมาคมฯ ปณิกกิจสงเคราะห์สาธารณสุขโสธร

เริ่มวันที่ 2 ธันวาคม 2567 เป็นต้นไป

โปรดกาเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง ตามรูปแบบที่มืดของที่ประชุมคณะกรรมการสมาคมฯ อนุมัติ

กลุ่มอายุ 20 – 60 ปี	กลุ่มอายุ 61 – 65 ปี
<p>เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> รูปแบบที่ 1 (ไม่มีโรคประจำตัว)</p> <p>1) ระยะเวลาโรคภัยไม่น้อยกว่า 1 ปี (365 วัน)</p> <p>2) พันระยะเวลาโรคภัยไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี จ่าย 100,000.-</p> <p>3) พันระยะเวลาโรคภัยไม่น้อยกว่า 2 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี จ่าย 200,000.-</p> <p>4) พันระยะเวลาโรคภัย มากกว่า 3 ปี ขึ้นไป จ่าย 300,000.-</p> <p>5) เสียชีวิตก่อนระยะเวลาโรคภัย ไม่คืนเงินทุกกรณี</p>	<p>เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> รูปแบบที่ 1 (ไม่มีโรคประจำตัว)</p> <p>1) ระยะเวลาโรคภัยไม่น้อยกว่า 2 ปี</p> <p>2) พันระยะเวลาโรคภัยไม่น้อยกว่า 2 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี จ่าย 100,000.-</p> <p>3) พันระยะเวลาโรคภัย มากกว่า 3 ปี ขึ้นไป จ่าย 200,000.-</p> <p>4) เสียชีวิตก่อนระยะเวลาโรคภัย ไม่คืนเงินทุกกรณี</p>
<p>เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> รูปแบบที่ 2 (มีโรคประจำตัว)</p> <p>1) ระยะเวลาโรคภัยไม่น้อยกว่า 2 ปี</p> <p>2) พันระยะเวลาโรคภัยไม่น้อยกว่า 2 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี จ่าย 100,000.-</p> <p>3) พันระยะเวลาโรคภัย มากกว่า 3 ปี ขึ้นไป จ่าย 200,000.-</p> <p>4) เสียชีวิตก่อนระยะเวลาโรคภัย ไม่คืนเงินทุกกรณี</p>	<p>เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> รูปแบบที่ 2 (มีโรคประจำตัว)</p> <p>1) ระยะเวลาโรคภัยไม่น้อยกว่า 2 ปี</p> <p>2) พันระยะเวลาโรคภัยไม่น้อยกว่า 2 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี จ่าย 100,000.-</p> <p>3) พันระยะเวลาโรคภัย มากกว่า 3 ปี ขึ้นไป จ่าย 150,000.-</p> <p>4) เสียชีวิตก่อนระยะเวลาโรคภัย ไม่คืนเงินทุกกรณี</p>
<p>*ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ สมาคมฯ จะคุ้มครองทันทีไม่เกิน 100,000 บาท หลังจากคณะกรรมการสมาคมฯ มีมติอนุมัติเข้าเป็นสมาชิก และได้ชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามอัตราที่สมาคมฯ กำหนด ให้แก่สมาคมแล้ว</p> <p>*** จ่ายทั้งสิ้น 35 ปี ***</p>	<p>*ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ สมาคมฯ จะคุ้มครองทันทีไม่เกิน 100,000 บาท หลังจากคณะกรรมการสมาคมฯ มีมติอนุมัติเข้าเป็นสมาชิก และได้ชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามอัตราที่สมาคมฯ กำหนด ให้แก่สมาคมแล้ว</p> <p>*** จ่ายทั้งสิ้น 35 ปี ***</p>

ข้าพเจ้ารับทราบรายละเอียดใน ประกาศรับสมัครสมาชิกสมาคมฯ ฉบับที่ 14/2567 แล้ว

จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ

ตัวบรรจง(.....)

ผู้สมัครสมาชิก

สมาคมฯ ปณิกกิจสงเคราะห์สาธารณสุขโสธร

ลงชื่อ

ตัวบรรจง(.....)

ผู้รับเงินสงเคราะห์ / พยาน



แบบคำรับรองแถลงสุขภาพตนเอง
สมาคมประกันสุขภาพโรคเรื้อรัง (ฉกส.สสจ.ยส)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขที่ประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สมาคมประกันสุขภาพโรคเรื้อรัง (ฉกส.สสจ.ยส) ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- 4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้
 - 4.1) โรคมะเร็ง ไม่มี มี ระบุ.....
 - 4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด ไม่มี มี ระบุ.....
 - 4.3) โรคฉี่หนูในระยยะอันตราย ไม่มี มี ระบุ.....
 - 4.4) โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มี มี ระบุ.....
 - 4.5) โรคเอดส์ ไม่มี มี ระบุ.....
 - 4.6) โรคเอสแอลอี (SLE) ไม่มี มี ระบุ.....
 - 4.7) โรคตับแข็ง ไม่มี มี ระบุ.....
 - 4.8) โรคปอดเรื้อรัง ไม่มี มี ระบุ.....
 - 4.9) ภาวะไตวาย (ล้างไต) ไม่มี มี ระบุ.....
 - 4.10) โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มี มี ระบุ.....
- 5. โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามมติคณะกรรมการกำหนด ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ **หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้**

ไม่ตรงกับความจริงแล้ว ขอให้สมาคมประกันสุขภาพโรคเรื้อรัง (ฉกส.สสจ.ยส) ตัดสิทธิให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ ตามมติ
คณะกรรมการสมาคมประกันสุขภาพโรคเรื้อรัง (ฉกส.สสจ.ยส) ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิและใช้สิทธิใดๆ ในการที่
ได้รับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ 4.1 - 4.10 ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบประกาศการรับสมัครสมาชิกสมาคม ฉบับที่ 14/2567 เงื่อนไขรูปแบบ และข้อกำหนดของสมาคมประกันสุขภาพโรคเรื้อรัง (ฉกส.สสจ.ยส) แล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตไปก่อนครบกำหนดระยะเวลาการคอยตามเงื่อนไข ทางสมาคมประกันสุขภาพโรคเรื้อรัง (ฉกส.สสจ.ยส) จะไม่จ่ายเงินให้ผู้รับเงินสงเคราะห์

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และขอมอบอำนาจให้ สมาคมประกันสุขภาพโรคเรื้อรัง (ฉกส.สสจ.ยส) ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้า จากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

ผู้สมัครสมาชิก สมาคมประกันสุขภาพโรคเรื้อรัง (ฉกส.สสจ.ยส)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (ผู้รับเงินสงเคราะห์)



เลขประจำตัวสมาชิก

.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขโยธธ

 กลุ่มอายุ 20-60 ปี กลุ่มอายุ 61-65 ปี

เขียนที่

วันที่

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

ชื่อคู่สมรส..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ อาชีพ.....

ที่อยู่สงจดหมาย ที่อยู่ปัจจุบัน อื่นๆ ระบุ เป็นบุคลากรสาธารณสุข ตำแหน่ง..... สถานที่ปฏิบัติงาน..... เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขโยธธ จำกัด ประเภท..... หน่วย..... เป็นบุคคลทั่วไป

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขโยธธ

1. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้จัดการศพ.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน..... ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์..... ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

2.1..... อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์ ซึ่งเป็นของข้าพเจ้า

2.2..... อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์ ซึ่งเป็นของข้าพเจ้า

2.3..... อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์ ซึ่งเป็นของข้าพเจ้า

โดยมีเงื่อนไขดังนี้

 ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน อื่นๆ.....ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ประกาศฉบับที่ 14/2567 และข้อบังคับ ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขโยธธ โดยตลอดแล้ว
ขอรับรองว่า จะปฏิบัติตามทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้สมัคร

ตัวบรรจง(.....)

ผู้รับสมัคร

ลงชื่อ.....

(.....)

เขตอำเภอ.....

กรรมการฯ/เจ้าหน้าที่

ผลการตรวจสอบใบสมัคร

 ครบถ้วน ไม่ครบถ้วน

(.....)

กรรมการฯ/เจ้าหน้าที่

เขตอำเภอ

กรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

 ผ่านคุณสมบัติ ไม่ผ่านคุณสมบัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

รูปแบบการสมัคร

มติที่ประชุม อนุมัติ ไม่อนุมัติ ไม่มีโรคประจำตัว มีโรคประจำตัว รูปแบบที่ 1 รูปแบบที่ 2

คุ้มครองสูงสุด.....บาท

วันที่เป็นสมาชิก.....