



เปิดแล้ว!
รับสมัครสมาชิก
บุคคลทั่วไป

สมัครได้
ตั้งแต่วันที่
11 มีนาคม 2567

เป็นต้นไป

ณ สำนักงาน

SCAN



แผนที่สมาคม ไลน์สมาคม

คุณสมบัติ บุคคลทั่วไป อายุ 20 - 60 ปีบริบูรณ์

กลุ่มไม่มีโรคประจำตัว

ตรวจสุขภาพ

คุ้มครองสูงสุด 400,000

ไม่ตรวจสุขภาพ

คุ้มครองสูงสุด 200,000



กลุ่มมีโรคประจำตัว

ตรวจสุขภาพ

คุ้มครองสูงสุด 150,000

ไม่ตรวจสุขภาพ

เอกสารประกอบการสมัคร

- 1.ใบสมัครสมาชิก
- 2.ใบรับรองแพทย์ (กรณีตรวจสุขภาพ อยู่ในชุดสมัคร)
- 3.สำเนาบัตรประชาชนของผู้สมัคร ผู้จัดการศพ และผู้รับผลประโยชน์ คนละ 1 ชุด
- 4.สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร ผู้จัดการศพ และผู้รับผลประโยชน์ คนละ 1 ชุด
- 5.สำเนาทะเบียนสมรส จำนวน 1 ชุด (กรณีที่ผู้จัดการศพและผู้รับผลประโยชน์ เป็นคู่สมรสของผู้สมัคร)
- 6.รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 แผ่น

แรกเข้าเพียง
2,550

สอบถามเพิ่มเติมโทร

081-876-3533, 091-064-9705



รูปแบบการเปิดรับสมัครสมาชิกปีบัญชี 2567 เงื่อนไขการรับสมัครสมาชิก อายุ 20 - 60 ปี บริบูรณ์

รูปแบบที่ 1 (กรณีไม่มีโรคประจำตัว)

คุณสมบัติผู้สมัคร ตามประกาศ ฉบับที่ 6/2567 ณ วันที่ 8 มีนาคม 2567

- 1.บุคคลทั่วไป อายุไม่เกิน 20-60 ปี บริบูรณ์ หรือเป็นผู้บรรลุนิติภาวะ ไม่มีโรคประจำตัว
 - 2.ประชาชนคนไทยที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดยโสธรและจังหวัดใกล้เคียง (อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ มุกดาหาร และร้อยเอ็ด)หรือจังหวัดอื่นๆ ต้องอ้างอิงสมาชิกสมาคมบำนาญสงเคราะห์สาธาณสุขยโสธร
 - 3.ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
 - 4.มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงในวันสมัคร ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือเป็นโรคเรื้อรังจนรักษาไม่หาย โดยจะต้องได้รับการรับรองจากแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลอื่นตามมติของคณะกรรมการ
- ***ใบรับรองแพทย์ใช้ในกรณีสมัครแบบตรวจสุขภาพเท่านั้น***
5. ต้องมีการแถลงสุขภาพของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ ตามประกาศสมาคมฯ ฉบับที่ 9/2565 เรื่องโรคต้องห้ามการรับสมัครสมาชิกสมาคมฯ ประกาศ ณ วันที่ 14 มีนาคม 2565
 - 6.อายุไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่สมัคร

รูปแบบที่ 2 (กรณีมีโรคประจำตัว)

คุณสมบัติผู้สมัคร ตามประกาศ ฉบับที่ 6/2567 ณ วันที่ 8 มีนาคม 2567

- 1.บุคคลทั่วไป อายุ 20-60 ปี บริบูรณ์ หรือเป็นผู้บรรลุนิติภาวะ ที่มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, โรคอื่นๆ (ตามสรุปความเห็นแพทย์) ทั้งนี้ ตามมติเห็นชอบของคณะกรรมการสมาคมฯ
 - 2.ประชาชนคนไทยที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดยโสธรและจังหวัดใกล้เคียง (อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ มุกดาหาร และร้อยเอ็ด) หรือจังหวัดอื่นๆ ต้องอ้างอิงสมาชิกสมาคมบำนาญสงเคราะห์สาธาณสุขยโสธร
 - 3.ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
 - 4.มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงในวันสมัคร ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือเป็นโรคเรื้อรังจนรักษาไม่หาย โดยจะต้องได้รับการรับรองจากแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลอื่นตามมติของคณะกรรมการ
- ***ใบรับรองแพทย์ใช้ในกรณีสมัครแบบตรวจสุขภาพเท่านั้น***
5. ต้องมีการแถลงสุขภาพของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ ตามประกาศสมาคมฯ ฉบับที่ 9/2565 เรื่องโรคต้องห้ามการรับสมัครสมาชิกสมาคมฯ ประกาศ ณ วันที่ 14 มีนาคม 2565
 - 6.อายุไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่สมัคร

เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต (กรณีตรวจสุขภาพ)

- 1.ระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี (365 วัน)
- 2.พันธะระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี จ่าย 100,000 บาท
- 3.พันธะระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 2 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี จ่าย 200,000 บาท
- 4.พันธะระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 3 ปี แต่ไม่เกิน 4 ปี จ่าย 300,000 บาท
- 5.พันธะระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 4 ปี ขึ้นไป จ่าย 400,000 บาท
- 6.เสียชีวิตก่อนระยะรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี

เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต (กรณีตรวจสุขภาพ)

- 1.ระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 2 ปี
- 2.พันธะระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 2 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี จ่าย 100,000 บาท
- 3.พันธะระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 3 ปี ขึ้นไป จ่าย 150,000 บาท
- 4.เสียชีวิตก่อนระยะรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี

เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต (กรณีไม่ตรวจสุขภาพ)

- 1.ระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 3 ปี
- 2.พันธะระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 3 ปี แต่ไม่เกิน 4 ปี จ่าย 100,000 บาท
- 3.พันธะระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 4 ปี ขึ้นไป จ่าย 200,000 บาท
- 4.เสียชีวิตก่อนระยะรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี

เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต (กรณีไม่ตรวจสุขภาพ)

- 1.ระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 3 ปี
- 2.พันธะระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 3 ปี แต่ไม่เกิน 4 ปี จ่าย 100,000 บาท
- 3.พันธะระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 4 ปี ขึ้นไป จ่าย 150,000 บาท
- 4.เสียชีวิตก่อนระยะรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี

*ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ สมาคมฯจะคุ้มครองทันทีไม่เกิน 100,000 บาท หลังจากคณะกรรมการมีมติอนุมัติให้เป็นสมาชิกแล้ว จ่ายทั้งสิ้น 35 งวด วงเงินสงเคราะห์สูงสุด 400,000 บาท

*ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ สมาคมฯจะคุ้มครองทันทีไม่เกิน 100,000 บาท หลังจากคณะกรรมการมีมติอนุมัติให้เป็นสมาชิกแล้ว จ่ายทั้งสิ้น 35 งวด วงเงินสงเคราะห์สูงสุด 150,000 บาท

* ค่าสมัครแรกเข้าที่ต้องชำระ ณ วันที่สมัคร จำนวน 2,550 บาท

* หมายเหตุ : ผู้สมัครต้องมาสมัครด้วยตนเอง และต้องพาผู้รับผลประโยชน์หรือญาติมาเซ็นพยานเพื่อรับทราบรูปแบบการสมัคร อย่างน้อย 1 คน





รายละเอียดการชำระเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า และการจ่ายเงิน สงเคราะห์ศพสมาชิกกรณีเสียชีวิต

- 1.ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 100 บาท (จ่ายครั้งเดียว ณ วันสมัคร)
- 2.การชำระเงินค่าสงเคราะห์ศพล่วงหน้าและเงินค่าบำรุงรายปี
 - สมาชิกต้องจ่ายเงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้าและเงินค่าธรรมเนียมรายปีละ 2,450 บาท เป็นระยะเวลา 35 ปี (ชำระครบ 35 งวด ไม่ต้องจ่ายเงินสงเคราะห์ศพหน้ารายปี สมาคมฯคุ้มครองตลอดชีวิตแต่ต้องชำระค่าบำรุงรายปีละ 50 บาท และเงินสงเคราะห์เพิ่มเติมตามจำนวนศพที่เสียชีวิต ศพละ 10 บาท ให้กับสมาคมฯทุกปีโดยนับจำนวนผู้เสียชีวิตตั้งแต่ศพที่ 25 เป็นต้นไป
 - หากปีใดที่สมาชิกเสียชีวิตมากกว่า 24 ศพ สมาคมฯจะเรียกเก็บเงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้าเพิ่มเติมอีกศพละ 10 บาท (ตั้งแต่ศพที่ 25 เป็นต้นไป จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม ของทุกปีโดยสมาคมฯจะเรียกเก็บในปีถัดไปพร้อมกับเงินสงเคราะห์ศพรายปีที่สมาชิกต้องชำระให้กับสมาคมฯในทุกๆปี
3. การคุ้มครองเมื่อเสียชีวิต
 - กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ คุ้มครองทันทีหลังจากคณะกรรมการรับรองเป็นสมาชิกทั้ง 2 รูปแบบ (โดยรายการหักเงินจากเงินสงเคราะห์ที่ได้รับรายละเอียดการหักเหมือนกับการเสียชีวิตในรูปแบบปกติ ตามข้อ 4.)
 - กรณีเสียชีวิตปกติ คุ้มครองตามเงื่อนไขที่สมัครเข้าเป็นสมาชิก
4. การจ่ายเงินสงเคราะห์ศพเมื่อสมาชิกเสียชีวิตจะมีรายการหักๆ ดังนี้
 - ค่าธรรมเนียม ร้อยละ 4 ของเงินสงเคราะห์ตามสิทธิของแต่ละรูปแบบ
 - เงินงวดที่เหลือจาก 35 งวดๆละ 2,450 บาท
- 5.เมื่อสมาชิกเสียชีวิต ผู้รับผลประโยชน์สามารถขอรับเงินค่าจัดการศพได้ จำนวนเงินไม่เกินร้อยละ 25 ของเงินสงเคราะห์ หรือ ไม่เกิน 100,000 บาท แล้วแต่กรณี และสมาคมฯจะจ่ายค่าจัดการศพ ภายใน 30 วัน นับจากวันที่สมาคมฯได้รับคำขอ และจ่ายเงินส่วนที่เหลือ ภายใน 90 วัน หลังจากจ่ายเงินค่าจัดการศพ

ติดต่อกรรมการสมาคมฯ ประจำอำเภอไกล่บ้านท่าแร่

นายวุฒินันต์ สดบอนิจ	นายกสมาคม	081-3934494
นายพัฒนา แสงศรี	กรรมการกลาง	083-7962322
นายดำริ นนทสามารถ	อ.เมืองยโสธร	081-5790511
นายสุรินทร์ จักรวรรณพร	อ.คำเขื่อนแก้ว	094-2420458
นางชัยญรัส สุนทรา	อ.เมืองยโสธร	091-0125895
นางดวงพร เพลินสมบัติ	อ.มหาชนะชัย	063-5905585
นายแสนสุข เพียรงาม	อ.ไทยเจริญ	087-3783112
นายนิวัตร ศรีเล็ก	อ.กุดชุม	081-1262140
นายนิรันดร์ ถึงแสง	อ.ป่าติ้ว	088-5842088
นายอริชฐ์พัฒน์ ชราศรี	อ.เมืองยโสธร	091-0538772
นายวิทยา เวฬุวนารักษ์	อ.ทรายมูล	064-0093825
นายชัยวัฒน์ หอมสดชา	อ.ค้อวัง	081-9766776
นายเฉลิมยศ ป้องทอง	อ.เลิงนกทา	099-7014078

สมาคมบำนาญสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร (ณกส.สสจ.ยส)

"เพื่อการสงเคราะห์ซึ่งกันและกันในการจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวของสมาชิก
ที่ถึงแก่ความตายโดยไม่ประสงค์จะหาทำไรหรือรายได้"



เลขประจำตัวสมาชิก

.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขยโสธร

- ☐ กรณีตรวจสอบสุขภาพ ☐ กรณีไม่ตรวจสอบสุขภาพ
☐ ไม่มีโรคประจำตัว ☐ มีโรคประจำตัว ☐ ไม่มีโรคประจำตัว ☐ มีโรคประจำตัว

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี

สัญชาติ ชื่อคู่สมรส..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่

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

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ อาชีพ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน

ที่อยู่ส่งจดหมาย ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ อื่นๆ ระบุ☐ เป็นบุคลากรสาธาณสุข ตำแหน่ง..... สถานที่ปฏิบัติงาน.....☐ เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธาณสุขยโสธร จำกัด ประเภท..... หน่วย.....☐ เป็นบุคคลทั่วไป

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขยโสธร

1. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้..... อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน..... ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์..... ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้าเป็นผู้จัดการศพ

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์คือ

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 ข้อบังคับ ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขยโสธร โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่า จะปฏิบัติตามทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร
(.....)

ผลการตรวจสอบใบสมัคร

☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบถ้วน

(.....)

เจ้าหน้าที่รับสมัคร/กรรมการฯ

เขตอำเภอ

กรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

☐ ผ่านคุณสมบัติ☐ ไม่ผ่านคุณสมบัติ

(.....)

ตำแหน่ง เจริญฤทธิสมาคมฯ

วันที่เป็นสมาชิก

เงื่อนไขการสมัคร

ระยะเวลาคอย.....ปี

คุ้มครองสูงสุด.....บาท

กรรมการผู้รับสมัคร

ลงชื่อ.....

(.....)

เขตอำเภอ.....

ประกาศสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร

ฉบับที่ ๙/๒๕๖๕

เรื่อง โรคต้องห้ามการรับสมัครสมาชิกสมาคมฯ

.....

อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร ข้อ ๘ ๙ ๑๐ ๑๑ ๑๕ ๑๖ และมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคมฯ ชุดที่ ๙ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๕ เห็นสมควรกำหนดโรคต้องห้ามการรับสมัครบุคคลเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฯ เพื่อให้เป็นไปตามคุณสมบัติตามข้อบังคับข้อ ๙ (๔) (๕) ดังนี้

๑. โรคหัวใจ,เส้นเลือดหัวใจตีบ
๒. โรคมะเร็งทุกชนิด
๓. โรคตับแข็ง
๔. โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน
๕. โรคไตวายระยะฟอกไต
๖. โรคพิษสุราเรื้อรัง
๗. โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน
๘. โรคเอดส์
๙. โรค เอส แอล อี
๑๐. โรคอื่นๆ ตามมติคณะกรรมการสมาคมฯกำหนด

แถลงสุขภาพเพิ่มเติม/โรคอื่นๆ (สำหรับผู้รับสมัคร)

.....
.....
.....
.....
.....

เพื่อความมั่นคงของสมาคมฯ สมาคมจะตรวจสอบข้อมูลโรคต้องห้ามตามประกาศสมาคมฯ ของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ หากพบว่าผู้สมัครสมาชิกรายใดเป็นโรคต้องห้ามตามที่สมาคมฯประกาศก่อนวันสมัคร สมาคมฯจะงดจ่ายเงินสงเคราะห์ฯ และไม่คืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าที่ได้ชำระไว้กับสมาคมฯ เนื่องจากสมาคมฯได้คุ้มครองกรณีการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุให้สมาชิกในทุกๆปี นับจากวันที่สมาคมฯมีมติอนุมัติให้เป็นสมาชิก โดยคุ้มครองตามเงื่อนไข ทั้งนี้ให้เป็นไปตามมติของคณะกรรมการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร

ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ เดือน มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๕

(นายณัฐดิ จันทร์สว่าง)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร

ข้าพเจ้า.....รับทราบและยินยอมปฏิบัติตาม
ประกาศของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร

.....
() ()
ผู้สมัคร พยาน

ความสัมพันธ์ระหว่างพยานกับผู้สมัคร

เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ (พยาน).....

ทำที่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

การมอบอำนาจและให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้รับทราบประกาศสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร ฉบับที่ ๙/๒๕๖๕ แล้ว โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าให้ความยินยอมแก่แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก หรือองค์กรอื่นใด ซึ่งมีบันทึกประวัติสุขภาพหรือประวัติการรักษาของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลรายละเอียดต่างๆ ดังกล่าวแก่สมาคมฯหรือผู้แทน ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าหากข้าพเจ้าเสียชีวิตด้วยโรคตามประกาศสมาคมฯ ฉบับที่ ๙/๒๕๖๕ และประกาศรับสมัครสมาชิกที่สมาคมฯ ประกาศในห้วงที่ข้าพเจ้าสมัครเข้าเป็นสมาชิกฯนี้ จะไม่ขอรับเงินฌาปนกิจสงเคราะห์ดังกล่าว

ลงชื่อ

()

ลายมือชื่อผู้สมัครสมาชิกสมาคมฯ

ลงชื่อ

()

พยาน

รับสมัครสมาชิกสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สาธารณสุขโสธร

เริ่มวันที่ 11 มีนาคม 2567 เป็นต้นไป

โปรดกาเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ ตามรูปแบบที่มติของที่ประชุมคณะกรรมการสมาคมฯอนุมัติ

☐ รูปแบบ 1 สำหรับบุคคลทั่วไป อายุ 20-60 ปี บริบูรณ์ หรือเป็นผู้บรรลุนิติภาวะ ไม่มีโรคประจำตัว

☐ กรณีตรวจสอบสุขภาพ เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต

- 1.ระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 2.พ้นระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี จ่าย 100,000 บาท
- 3.พ้นระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 2 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี จ่าย 200,000 บาท
- 4.พ้นระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 3 ปี แต่ไม่เกิน 4 ปี จ่าย 300,000 บาท
- 5.พ้นระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 4 ปี ขึ้นไป จ่าย 400,000 บาท
- 6.เสียชีวิตก่อนระยะรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี

☐ กรณีไม่ตรวจสอบสุขภาพ เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต

- 1.ระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 3 ปี
- 2.พ้นระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 3 ปี แต่ไม่เกิน 4 ปี จ่าย 100,000 บาท
- 3.พ้นระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 4 ปี ขึ้นไป จ่าย 200,000 บาท
- 4.เสียชีวิตก่อนระยะรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี

*ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ สมาคมฯจะคุ้มครองทันทีไม่เกิน 100,000 บาท
หลังจากคณะกรรมการมีมติอนุมัติให้เป็นสมาชิกแล้ว

☐ รูปแบบ 2 สำหรับบุคคลทั่วไป อายุ 20-60 ปี บริบูรณ์ หรือเป็นผู้บรรลุนิติภาวะ ที่มีโรคประจำตัว ความดัน, เบาหวาน, โรคอื่นๆ (ตามสรุปความเห็นแพทย์) ทั้งนี้ ตามมติเห็นชอบของคณะกรรมการสมาคมฯ

☐ กรณีตรวจสอบสุขภาพ เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต

- 1.ระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 2 ปี
- 2.พ้นระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 2 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี จ่าย 100,000 บาท
- 3.พ้นระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 3 ปี ขึ้นไป จ่าย 150,000 บาท
- 4.เสียชีวิตก่อนระยะรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี

☐ กรณีไม่ตรวจสอบสุขภาพ เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต

- 1.ระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 3 ปี
- 2.พ้นระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 3 ปี แต่ไม่เกิน 4 ปี จ่าย 100,000 บาท
- 3.พ้นระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 4 ปี ขึ้นไป จ่าย 150,000 บาท
- 4.เสียชีวิตก่อนระยะรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี

*ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ สมาคมฯจะคุ้มครองทันทีไม่เกิน 100,000 บาท
หลังจากคณะกรรมการมีมติอนุมัติให้เป็นสมาชิกแล้ว

☐ รูปแบบ 1 บุคคลทั่วไป อายุ 60-65 ปี บริบูรณ์ ไม่มีโรคประจำตัว

☐ กรณีตรวจสอบสุขภาพ เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต

1. ระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 2 ปี
2. พ้นระยะรอคอย 2 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี จ่าย 100,000 บาท
3. พ้นระยะรอคอย 3 ปี ขึ้นไป จ่าย 200,000 บาท
4. เสียชีวิตก่อนระยะรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี

*ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ สมาคมฯจะคุ้มครองทันทีไม่เกิน 100,000 บาท
หลังจากคณะกรรมการมีมติอนุมัติให้เป็นสมาชิกแล้ว

☐ รูปแบบ 2 สำหรับบุคคลทั่วไป อายุ 65-65 ปี บริบูรณ์ ที่มีโรคประจำตัวที่ไม่เป็นโรคต้องห้ามตามประกาศของสมาคมฯ

☐ กรณีตรวจสอบสุขภาพ เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต

1. ระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 2 ปี
2. พ้นระยะรอคอย 2 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี จ่าย 100,000 บาท
3. พ้นระยะรอคอย 3 ปี ขึ้นไป จ่าย 150,000 บาท
4. เสียชีวิตก่อนระยะรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี

*ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ สมาคมฯจะคุ้มครองทันทีไม่เกิน 100,000 บาท
หลังจากคณะกรรมการมีมติอนุมัติให้เป็นสมาชิกแล้ว

ข้าพเจ้ารับทราบรายละเอียดในประกาศสมาคมฯ ฉบับที่ 6/2567 เรื่อง การรับสมัครสมาชิกสมาคมฯ แล้ว
จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ

()

ลายมือชื่อผู้สมัครสมาชิกสมาคมฯ

ลงชื่อ

()

พยาน

สิ่งที่ต้องตรวจเพื่อสมัครสมาชิกสมาคมฯ
(ก่อนไปตรวจ งดน้ำ - งดอาหาร หลังเที่ยงคืน)

1. CBC/UA

2. FBS

3. LFT

4. HIV

5. คลื่นหัวใจ EKG

หมายเหตุ : ขอใบรายงานผล LAB, EKG และลงผล VITAL
SIGN ด้วยนะคะ



ณ กส.

(ให้ใช้แบบฟอร์มนี้เท่านั้น)

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ

วันที่..... เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว อายุ.....ปี

ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว

ไม่เป็นผู้มีกายภาพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและ
ปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคหัวใจ , เส้นเลือดหัวใจตีบ
- (2) โรคเมรัยทุกชนิด
- (3) โรคตับแข็ง
- (4) โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน
- (5) โรคไตวายระยะฟอกไต
- (6) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (7) โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน
- (8) โรคเอดส์
- (9) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เอช แอล อี)

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้

ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงพอ หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องออกจากราชการ
- (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย