



เปิดแล้ว!
รับสมัครสมาชิก
บุคคลทั่วไป



SCAN



แผนที่สมาคม ไลน์สมาคม

สมัครได้
ตั้งแต่วันที่
11 มีนาคม 2567
เป็นต้นไป
ณ สำนักงาน

คุณสมบัติ บุคคลทั่วไป อายุ 20 - 60 ปีบริบูรณ์

กลุ่มไม่มีโรคประจำตัว



ตรวจสุขภาพ

ไม่ตรวจสุขภาพ

คุ้มครองสูงสุด **400,000**

คุ้มครองสูงสุด **200,000**

กลุ่มมีโรคประจำตัว

ตรวจสุขภาพ

ไม่ตรวจสุขภาพ

คุ้มครองสูงสุด **150,000**

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 ต้องอ้างอิงสมาชิกสมาคมบำนาญสงเคราะห์สาธารณสุข
- 3.ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
- 4.มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงในวันสมัคร ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือเป็นโรคเรื้อรังจนรักษาไม่หาย โดยจะต้องได้รับการรับรองจากแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลอื่นตามมติของคณะกรรมการ ***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 ต้องอ้างอิงสมาชิกสมาคมบำนาญสงเคราะห์สาธารณสุข
- 3.ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
- 4.มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงในวันสมัคร ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือเป็นโรคเรื้อรังจนรักษาไม่หาย โดยจะต้องได้รับการรับรองจากแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลอื่นตามมติของคณะกรรมการ ***ใบรับรองแพทย์ใช้ในกรณีสมัครแบบตรวจสุขภาพเท่านั้น***
5. ต้องมีการแถลงสุขภาพของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ ตามประกาศสมาคมฯฉบับที่ 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. การจ่ายเงินสงเคราะห์ศพเมื่อสมาชิกเสียชีวิตจะมีรายการหักฯ 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 ประจำอำเภอใกล้บ้านท่าน

นายวุฒินันต์ สุดบอนิจ	นายกสมาคม	081-3934494
นายพัฒนา แสงศรี	กรรมการกลาง	083-7962322
นายดำริ นนทสามารถ	อ.เมืองยโสธร	081-5790511
นายสุรินทร์ จักรวรรณพร	อ.คำเขื่อนแก้ว	094-2420458
นางชญญ์รัส สุนทรา	อ.เมืองยโสธร	091-0125895
นางดวงพร เพลินสมบัติ	อ.มหาชนะชัย	063-5905585
นายแสนสุข เพียรงาม	อ.ไทยเจริญ	087-3783112
นายนิวัตร ศรีเล็ก	อ.กุดชุม	081-1202140
นายนิรันต์ ถึงแสง	อ.ป่าติ้ว	088-5842088
นายอริษฐ์พัฒน์ ชราศรี	อ.เมืองยโสธร	091-0538772
นายวิทยา เวฬุวนารักษ์	อ.ทรายมูล	064-0093825
นายชัยวัฒน์ หอมสุดชา	อ.ค้อวัง	081-9766776
นายเฉลิมยศ ป้องทอง	อ.เลิงนกทา	099-7014078

สมาคมสถาปนกิจสงเคราะห์สธารณสุขยโสธร (ณคส.สสจ.ยส)

"เพื่ออการสงเคราะห์ซึ่งกันและกันในการจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวของสมาชิก
ที่ถึงแก่ความตายโดยไม่ประสงค์จะหากำไรหรือรายได้"



เลขประจำตัวสมาชิก

.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขุยโสธร

- กรณีตรวจสุขภาพ
 ไม่มีโรคประจำตัว มีโรคประจำตัว
 กรณีไม่ตรวจสุขภาพ
 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..... เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธาณสุขุยโสธร จำกัด ประเภท..... หน่วย..... เป็นบุคคลทั่วไป

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขุยโสธร

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 ซึ่งเป็น ของข้าพเจ้า

2.2..... อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์ ซึ่งเป็น ของข้าพเจ้า

2.3..... อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์ ซึ่งเป็น ของข้าพเจ้า

โดยมีเงื่อนไขดังนี้

 ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับ ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขุยโสธร โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่า จะปฏิบัติตามทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร

(.....)

ผลการตรวจสอบใบสมัคร

 ครบถ้วน ไม่ครบถ้วน

(.....)

เจ้าหน้าที่รับสมัคร/กรรมการฯ

เขตอำเภอ

กรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

 ผ่านคุณสมบัติ ไม่ผ่านคุณสมบัติ

(.....)

ตำแหน่ง ற்றுฎிகสมาคมฯ

วันที่เป็นสมาชิก

เงื่อนไขการสมัคร

ระยะเวลาคอย.....ปี

คุ้มครองสูงสุด.....บาท

กรรมการผู้รับสมัคร

ลงชื่อ.....

(.....)

เขตอำเภอ.....

ประกาศสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขยโสธร

ฉบับที่ ๙/๒๕๖๕

เรื่อง โรคต้องห้ามการรับสมัครสมาชิกสมาคมฯ

อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขยโสธร 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 ทั้งนี้ให้เป็นไปตามมติของคณะกรรมการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขยโสธร

ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ เดือน มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๕

(นายณัฐภูมิ จันทร์สว่าง)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขยโสธร

ข้าพเจ้า.....รับทราบและยินยอมปฏิบัติตาม
ประกาศของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขยโสธร

.....
() ()
ผู้สมัคร พยาน

ความสัมพันธ์ระหว่างพยานกับผู้สมัคร

เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่ (พยาน).....

ทำที่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขยโสธร
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

การมอบอำนาจและให้ความยินยอม

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

ลงชื่อ
()
ลายมือชื่อผู้สมัครสมาชิกสมาคมฯ

ลงชื่อ
()
พยาน

รับสมัครสมาชิกสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สาธารณสุขสุโขทัย

เริ่มวันที่ 11 มีนาคม 2567 เป็นต้นไป

โปรดกาเครื่องหมาย ลงในช่อง ตามรูปแบบที่มติของที่ประชุมคณะกรรมการสมาคมฯอนุมัติ

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

กรณีตรวจสุขภาพ เจ็บไขเมื่อเสียชีวิต

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

กรณีไม่ตรวจสุขภาพ เจ็บไขเมื่อเสียชีวิต

1. ระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 3 ปี
2. พันระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 3 ปี แต่ไม่เกิน 4 ปี จ่าย 100,000 บาท
3. พันระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 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

กรณีตรวจสุขภาพ เจ็บไขเมื่อเสียชีวิต

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

กรณีไม่ตรวจสุขภาพ เจ็บไขเมื่อเสียชีวิต

1. ระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 3 ปี
2. พันระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 3 ปี แต่ไม่เกิน 4 ปี จ่าย 100,000 บาท
3. พันระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 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**

กรณีตรวจสุขภาพ เจ็บไขเมื่อเสียชีวิต

1. ระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 2 ปี
2. พันระยะรอคอย 2 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี จ่าย 100,000 บาท
3. พันระยะรอคอย 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**

กรณีตรวจสุขภาพ เจ็บไขเมื่อเสียชีวิต

1. ระยะรอคอยไม่น้อยกว่า 2 ปี
2. พันระยะรอคอย 2 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี จ่าย 100,000 บาท
3. พันระยะรอคอย 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



ณ กส.

(ให้ใช้แบบฟอร์มนี้เท่านั้น)

สิ่งที่ต้องตรวจเพื่อสมัครสมาชิกสมาคมฯ
(ก่อนไปตรวจ งดน้ำ - งดอาหาร หลังเที่ยงคืน)

1. CBC/UA
2. FBS
3. LFT
4. HIV
5. คลื่นหัวใจ EKG

หมายเหตุ : ขอใบรายงานผล LAB, EKG และผล VITAL SIGN ด้วยนะคะ

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 ไม่สมประกอบและปราศจากโรคเหล่านี้

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

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้

ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

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