



รับใบสมัครวันที่.....  
 ผู้รับใบสมัคร.....  
 กกส.  หน่วยงานผู้แทน กกส. ....

**ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก กกส.**

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการ กกส.

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เป็น  ข้าราชการ  พนักงานราชการ  พนักงานกระทรวง  ลูกจ้างชั่วคราว  อื่นๆ.....

ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....สถานที่รับเงินเดือนหรือค่าจ้าง.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail).....

ขอสมัครเป็นสมาชิก กกส.

ประเภท สามัญ และยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดหักเงินเดือนเพื่อชำระเงินสงเคราะห์

ประเภท สมทบ โดยเป็น

บุตร  คู่สมรส  บิดา  มารดา  พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

ของสมาชิกสามัญเลขทะเบียน..... และยินยอมชำระเงินสงเคราะห์โดย

ชำระล่วงหน้ารายปี หรือ  ชำระรายเดือน

โดยยินยอมให้  หักเงินเดือนจากสมาชิกสามัญ หรือ  หักเงินจากธนาคาร.....

ชื่อบัญชี.....บัญชีเลขที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการดำเนินกิจการของ

กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติมทุกประการ

ข้าพเจ้าขอระบุชื่อผู้จัดการศพและหรือผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ดังต่อไปนี้

๑. ชื่อผู้จัดการศพ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

๒. ชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ \*

(๑).....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

(๒).....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

(๓).....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

(๔).....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง(.....) ผู้ขอสมัครเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง (.....)ผู้รับรอง(ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร/ผู้บังคับบัญชา

ของสมาชิกสามัญ)

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง (สมาชิก กกส. ไม่น้อยกว่า ๑ ปี)

ตัวบรรจง (.....)

สมาชิก กกส. ประเภท.....เลขทะเบียน.....

รูปถ่ายหน้าตรง  
ไม่สวมหมวก  
ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม.  
ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่  
ส่งตามหนังสือที่.....  
ลงวันที่.....  
ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน  
เล่มที่.....เลขที่.....  
ลงวันที่.....  
อื่น ๆ.....  
(ลงชื่อ).....

เรียน ประธานกรรมการ กกส.  
เพื่อพิจารณาอนุมัติ  
(ลงชื่อ).....  
ผู้อำนวยการสำนักงาน กกส.  
...../...../.....

(ลงชื่อ).....  
เลขานุการ กกส.  
...../...../.....  
อนุมัติ

(ลงชื่อ).....  
ประธานกรรมการ กกส.  
...../...../.....

เป็นสมาชิกสมบูรณ์วันที่.....  
เลขทะเบียน.....  
หนังสือสำคัญการเป็นสมาชิก  
ส่งตามหนังสือ ที่  
สธ ๕๓๐๒.๓/.....  
ลงวันที่.....  
(ลงชื่อ).....

\* กรณีผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์  
มากกว่า ๔ คน ให้ทำเอกสาร  
แนบพร้อมเซ็นชื่อกำกับ



ใบรับรองแพทย์  
(จากสถานพยาบาลของรัฐ)

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอใบรับรองแพทย์

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) .....

โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

๑. โรคมะเร็ง  ไม่มี  มี (ระบุ).....  
๒. โรคไต  ไม่มี  มี (ระบุ).....  
๓. โรคตับ  ไม่มี  มี (ระบุ).....  
๔. โรคหัวใจ  ไม่มี  มี (ระบุ).....  
๕. โรคอื่น ๆ  ไม่มี  มี (ระบุ).....

หมายเหตุ ๑. ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ ฉกส. ขอประวัติการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

๒. หากข้าพเจ้าละเว้นไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลทำให้ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติจากการเป็นสมาชิก

๓. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ในการสมัครเป็นสมาชิก ฉกส. เท่านั้น

ลงชื่อ .....

ตัวบรรจง (.....) ผู้ขอใบรับรองแพทย์

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ส่วนที่ ๒ ของแพทย์

สถานที่ตรวจ .....

๑. ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .....สถานพยาบาลของรัฐชื่อ.....  
ที่อยู่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว .....แล้วเมื่อวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว ..... กก. ความสูง ..... เซนติเมตร ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท ชีพจร..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....

๒. สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ ดังนี้ .....

ตราประทับ  
สถานพยาบาลของรัฐ

ลงชื่อ .....

(.....) แพทย์ผู้ตรวจรับรอง

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย