

## ประชาสัมพันธ์จากกลุ่มงานบริหารทั่วไป

ตามที่ ผกส. ได้จัดให้มีการประชุม Video Conference กับหน่วยงานผู้แทน ผกส. เมื่อวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๒ โดยมีนายอภิชาติ รอดสม กรรมการ ผกส. เป็นประธาน การประชุมชี้แจงและประชาสัมพันธ์ การรับสมัครสมาชิกสามัญและสมาชิกสมทบเป็นกรณีพิเศษ ดังนี้

๑. ประชาสัมพันธ์เปิดรับสมัครสมาชิกประเภทสามัญและประเภทสมทบเป็นกรณีพิเศษให้กับข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งบุคคลภายในครอบครัวที่มีอายุเกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์ แต่ไม่เกิน ๕๐ ปีบริบูรณ์ โดยมีกำหนดระยะเวลาการรับสมัคร ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ ถึง ๓๐ เมษายน ๒๕๖๓ ทั้งนี้ ผู้ที่จะสมัครเข้าเป็นสมาชิกในกรณีพิเศษดังกล่าวนี้ จะต้องไม่เป็นโรคร้ายแรงตามที่ ผกส. ประกาศกำหนด

๒. ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่เป็นสมาชิก ผกส. ประเภทสามัญ อายุเกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์ แต่ไม่เกิน ๕๐ ปีบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะสมัครสมาชิกประเภทสามัญ ทั้งนี้ ขอให้ส่งเอกสารหลักฐานการสมัครสมาชิก ผกส. ประเภทสามัญ ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๒ จากนั้น ผกส. จะรับดำเนินการพิจารณาอนุมัติให้ทันภายในเดือนธันวาคม ๒๕๖๒ จึงจะสามารถสมัครสมาชิกประเภทสมทบให้กับบุคคลภายในครอบครัวได้ในห้วงเวลาดังกล่าวต่อไป (ลูกจ้างรายวัน และรายคาบ ยังไม่สามารถสมัครเป็นสมาชิก ผกส. ได้)

๓. ใบสมัครสมาชิก (ผกส.๑) แบบใหม่ ที่มีช่องข้อความให้ระบุชื่อผู้จัดการศพนั้น สมาชิกจะระบุชื่อผู้จัดการศพไว้ในแบบ ผกส.๑ หรือไม่ก็ได้ ผู้จัดการศพและผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เป็นคนๆ เดียวกันก็ได้

๔. การอนุมัติให้เข้าเป็นสมาชิก ผกส. จะต้องมิคุณสมบัติและหลักฐานการสมัครครบถ้วนรวมทั้งแบบหลักฐานการชำระเงินค่าสมัคร จำนวน ๑๐๐ บาท มาพร้อมด้วยถึงจะเสนอให้คณะกรรมการ ผกส. พิจารณาการอนุมัติ โดยคณะกรรมการ ผกส. จะมีการประชุมทุกๆ วันอังคารสัปดาห์ที่สามของเดือน ดังนั้น จึงขอให้ผู้ประสงค์จะสมัครสมาชิกได้พิจารณาส่งเอกสารมา ให้ทันรอบการบรรจุวาระการประชุมในแต่ละเดือน หากไม่ทันสำนักงาน ผกส. จะบรรจุเป็นวาระการประชุมในเดือนถัดไป

๕. ผู้สมัครสมาชิกประเภทสมทบ จะต้องระบุใบสมัคร (ผกส.๑) ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เป็นต้นไป ดังนี้

๕.๑ ยินยอมจ่ายเงินสงเคราะห์โดยหักเงินจากเงินเดือนของสมาชิกสามัญ ซึ่งในกรณีนี้ สมาชิกสามัญจะต้องให้ความยินยอมด้วย

๕.๒ ยินยอมให้หักเงินในบัญชีธนาคาร เพื่อจ่ายเงินสงเคราะห์ โดยในช่วงแรกนี้ขอให้ใช้บริการของธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ซึ่งสำนักงาน ผกส. ได้จัดให้มีแบบฟอร์มการยินยอมให้หักเงินจากบัญชีธนาคารแล้ว ทั้งนี้ ให้แนบสำเนาหน้าสมุดธนาคารกรุงไทยและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของบัญชีแนบมาด้วย

๖. ค่าสมัครสมาชิกใหม่ จำนวน ๑๐๐ บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน) ต้องชำระเต็มจำนวนโดยไม่นำมาหักค่าธรรมเนียม

๖.๑ ชำระผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส ๗-Eleven โดยสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มในเว็บไซต์ของ ผกส. เมื่อชำระแล้วให้นำสลิปที่ชำระเงินดังกล่าวแนบกับใบสมัครของตนเอง

๖.๒ ชำระเป็นธนาคณัติ เมื่อชำระแล้วให้นำธนาคณัติแนบกับใบสมัครของตนเอง

**หมายเหตุ :** ห้ามชำระเป็นเงินสดโดยเด็ดขาด เพราะสำนักงาน ผกส. จะไม่รับผิดชอบใดๆ ทั้งสิ้น



รับใบสมัครวันที่.....  
 ผู้รับใบสมัคร.....  
 ผ.ศ.  หน่วยงานผู้แทน ผ.ศ. ....

ผ.ศ. ๑  
 (หน้า ๑/๒)

รูปถ่ายหน้าตรง  
 ไม่สวมหมวก  
 ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม.  
 ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี

**ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ผ.ศ.**

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการ ผ.ศ.

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 ผ.ศ.

- 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 ผ.ศ. ไม่น้อยกว่า ๑ ปี)

ตัวบรรจง (.....)

สมาชิก ผ.ศ. ประเภท.....เลขทะเบียน.....

\* กรณีผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์  
 มากกว่า ๔ คน ให้ทำเอกสาร  
 แบบพร้อมเซ็นชื่อกำกับ

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

ส่งตามหนังสือที่.....

ลงวันที่.....

ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่.....เลขที่.....

ลงวันที่.....

อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ).....

เรียน ประธานกรรมการ ผ.ศ.  
 เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ผู้อำนวยการสำนักงาน ผ.ศ.

...../...../.....

(ลงชื่อ).....

เลขานุการ ผ.ศ.

...../...../.....

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ประธานกรรมการ ผ.ศ.

...../...../.....

เป็นสมาชิกสมบูรณ์วันที่

เลขทะเบียน.....

หนังสือสำคัญการเป็นสมาชิก

ส่งตามหนังสือ ที่

สธ ๕๓๐๒.๓/.....

ลงวันที่.....

(ลงชื่อ).....

...../...../.....



ใบรับรองแพทย์  
(จากสถานพยาบาลของรัฐ)

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอใบรับรองแพทย์

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) .....

โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

๑. โรคมาเร็ง  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

ด่วน

## ณคส. เปิดรับสมัครที่มีอายุเกิน 35 ปี แต่ไม่เกิน 50 ปี

คณะกรรมการ ณคส. ได้มีมติในการประชุมครั้งที่ 9/2562 เมื่อวันที่ 17 กันยายน 2562 เห็นว่า ณคส. มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกตกลงเข้าร่วมกันเพื่อทำการสงเคราะห์ซึ่งกันและกัน ในการจัดการศพ รวมทั้งสงเคราะห์ครอบครัวสมาชิก ดังนั้น เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว จึงเปิดโอกาสให้บุคคลที่ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขในสังกัดหรือกำกับดูแลของ กระทรวงสาธารณสุขและครอบครัวซึ่งมีอายุเกิน 35 ปีบริบูรณ์ แต่ไม่เกิน 50 ปีบริบูรณ์ ได้สมัคร เข้าเป็นสมาชิก ณคส. ประเภทสามัญหรือสมทบได้เป็นกรณีพิเศษ

ระยะเวลาการรับสมัคร 1 พฤศจิกายน 2562 ถึง 30 เมษายน 2563

อนึ่ง ผู้ที่ได้รับให้เข้าเป็นสมาชิกในกรณีพิเศษดังกล่าวนี้จะต้อง

(1) ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงดังต่อไปนี้

(1.1) โรคมาเร็งทุกระยะ

(1.2) โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

(1.3) โรคตับระยะสุดท้าย

(1.4) โรคหรือภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

(1.5) โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามการวินิจฉัยของแพทย์ที่คณะกรรมการ ณคส. มอบหมาย

ทั้งนี้จะต้องมีใบรับรองแพทย์แบบใหม่ ตามที่ ณคส. กำหนด

(2) ชำระเงินสงเคราะห์ ในอัตราศพละ 3.00 บาทต่อศพ

รายละเอียดอื่น ๆ ติดต่อได้ที่สำนักงาน ณคส.



### หลักฐานและเอกสารประกอบการสมัคร

๑. ใบสมัคร(แบบพิมพ์ ผกส.๑)
๒. สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร อย่างละ ๑ ฉบับ
๓. รูปถ่ายหน้าตรงที่ใช้ในราชการขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. หรือ ๑ นิ้ว ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี จำนวน ๒ รูป
๔. เงินค่าสมัคร จำนวน ๑๐๐.- บาท(หนึ่งร้อยบาทถ้วน) (ต้องชำระเต็มจำนวน โดยไม่นำมาหักค่าธรรมเนียม)
๕. หนังสือนำส่งใบสมัครจากหน่วยงานต้นสังกัด
๖. ผู้บังคับบัญชารับรองในตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานราชการ และผู้ซึ่งเป็นสมาชิก ผกส. สมบูรณ์มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี เป็นผู้ลงลายมือชื่อรับรองคุณสมบัติของผู้สมัคร
๗. ตรวจรับรองสุขภาพในแบบพิมพ์ของ ผกส. ซึ่งอยู่ด้านหลังใบสมัคร โดยแพทย์ที่ปฏิบัติราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ลงนามและกรอกข้อความ
๘. เมื่อแพทย์ตรวจรับรองสุขภาพแล้ว ผู้สมัครต้องลงลายมือชื่อรับรองสุขภาพตนเอง
๙. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัวชื่อสกุลของผู้สมัคร/คู่สมรส/บิดาหรือมารดา/พี่น้องร่วมบิดามารดา (ถ้ามี)
๑๐. กรณีไม่มีหน่วยงานเรียกเก็บเงินสงเคราะห์ ให้ผู้สมัครกรอกแบบฟอร์มหนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน) พร้อมสำเนาบัญชีหน้าแรกของบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย

### ข้อแนะนำและวิธีการสมัครสมาชิก

**สมัครสมาชิกสามัญ** เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสมัครสมาชิกสามัญ ใช้หลักฐานการสมัครดังนี้

- ใบสมัคร(ผกส.๑) กรอกข้อความให้ถูกต้องชัดเจน ครบถ้วนทุกรายการ
- สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัครที่ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องเหมือนกับที่ลงลายมือชื่อในใบสมัคร อย่างละ ๑ ฉบับ
- พร้อมเอกสารและหลักฐานตามข้อ ๓ ถึง ๘

**การสมัครสมทบกรณีคู่สมรสของสมาชิกสามัญ** ใช้หลักฐานดังนี้

- ใบสมัคร(ผกส.๑) กรอกข้อความให้ถูกต้องชัดเจน ครบถ้วนทุกรายการ
- สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัครที่ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องเหมือนกับที่ลงลายมือชื่อในใบสมัคร อย่างละ ๑ ฉบับ
- สำเนาใบสำคัญการสมรส จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิกสามัญ อย่างละ ๑ ฉบับ
- หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัวชื่อสกุล(ถ้ามี) พร้อมเอกสารและหลักฐานตามข้อ ๓ ถึง ๑๐

**การสมัครสมทบกรณีบุตรของสมาชิกสามัญ** ใช้หลักฐานดังนี้

- ใบสมัคร(ฅกส.๑) กรอกข้อความให้ถูกต้องชัดเจน ครบถ้วนทุกรายการ
- สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัครที่ลงลายมือชื่อรับรอง สำเนาถูกต้องเหมือนกับที่ลงลายมือชื่อในใบสมัคร อย่างละ ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิกสามัญ อย่างละ ๑ ฉบับ
- หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัวชื่อสกุล(ถ้ามี) พร้อมเอกสารและหลักฐานตามข้อ ๓ ถึง ๑๐

**การสมัครสมทบกรณีพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันของสมาชิกสามัญสมัคร** ใช้หลักฐานดังนี้

- ใบสมัคร(ฅกส.๑) กรอกข้อความให้ถูกต้องชัดเจน ครบถ้วนทุกรายการ
- สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัครที่ลงลายมือชื่อรับรอง สำเนาถูกต้องเหมือนกับที่ลงลายมือชื่อในใบสมัคร อย่างละ ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิกสามัญ
- สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบิดาและมารดา
- หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัวชื่อสกุล(ถ้ามี) พร้อมเอกสารและหลักฐานตามข้อ ๓ ถึง ๑๐

**การสมัครสมทบกรณีบิดา/มารดาของสมาชิกสามัญสมัคร** ใช้หลักฐานดังนี้

- ใบสมัคร(ฅกส.๑) กรอกข้อความให้ถูกต้องชัดเจน ครบถ้วนทุกรายการ
- สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัครที่ลงลายมือชื่อรับรอง สำเนาถูกต้องเหมือนกับที่ลงลายมือชื่อในใบสมัคร อย่างละ ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิกสามัญ
- หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัวชื่อสกุล(ถ้ามี) พร้อมเอกสารและหลักฐานตามข้อ ๓ ถึง ๑๐

## การสมัครสมาชิก ฅกส.

### สมาชิกสามัญ

ข้อ ๑๙ ผู้มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิกสามัญ ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

ผู้แทน ฅกส.

- (๑) มีอายุไม่เกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์ นับถึงวันที่คำขอสมัครส่งถึงสำนักงานหรือหน่วยงาน
- (๒) มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคเรื้อรังตามที่ ฅกส. ประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ
- (๓) ต้องเป็นบุคคลซึ่งหนึ่งข้อใดดังต่อไปนี้
  - (ก) เป็นข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างหรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
  - (ข) เป็นพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรเภสัชกรรม
  - (ค) เป็นพนักงาน ฅกส.
  - (ง) เป็นเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่อยู่ภายในกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
  - (จ) เป็นเจ้าหน้าที่ของสภาวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
  - (ฉ) เป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอื่นที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข

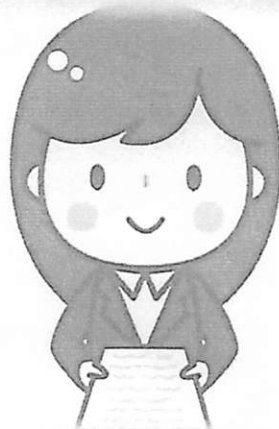
ตามที่ ฅกส. ประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

คณะกรรมการอาจยกเว้นคุณสมบัติตาม (๑) เพื่อเปิดรับสมัครสามัญได้ในกรณีพิเศษ โดยต้องมีมติของที่ประชุมเสียงข้างมาก

### หลักฐานประกอบการสมัครเป็นสมาชิกสามัญ

๑. หนังสือนำส่งใบสมัครจากหน่วยงานต้นสังกัด
๒. ใบสมัครสมาชิก ฅกส. พร้อมใบรับรองแพทย์ (แบบพิมพ์ ฅกส. ๑) จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๕. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. หรือ ๑ นิ้ว ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี จำนวน ๒ รูป
๖. เงินค่าสมัคร จำนวน ๑๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน) ต้องชำระเต็มจำนวนโดยไม่นำมาหักค่าธรรมเนียม
๗. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว/ชื่อสกุล (ถ้ามี)
๘. ใบสำคัญการสมรส/ใบสำคัญการหย่า (ถ้ามี)

**หมายเหตุ** เอกสารประกอบการสมัคร ต้อง รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ



# การสมัครสมาชิก ฅกส.

## สมาชิกสมทบ

ข้อ ๒๐ ผู้มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิกสมทบ ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

(๑) มีอายุไม่เกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์ นับถึงวันที่คำขอสมัครส่งถึงสำนักงานที่ประชุม

ผู้แทน ฅกส.

(๒) มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคร้ายแรงตามที่ ฅกส. ประกาศ

ความเห็นชอบของคณะกรรมการ

(๓) ต้องเป็นบุคคลในข้อหนึ่งข้อใดดังต่อไปนี้

(ก) เป็นคู่สมรสของสมาชิกสามัญ

(ข) เป็นบุตรที่ขอไปด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะแล้วของสมาชิกสามัญ

(ค) เป็นบิดา หรือมารดาของสมาชิกสามัญ

(ง) เป็นพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันของสมาชิกสามัญ

คณะกรรมการอาจยกเว้นคุณสมบัติตาม (๑) เพื่อเปิดรับสมาชิกสมทบได้เป็นกรณีพิเศษ โดยต้องมีมติของที่ประชุมเสียงข้างมาก



## หลักฐานประกอบการสมัครเป็นสมาชิกสมทบ

1. หนังสือนำส่งใบสมัครจากหน่วยงานต้นสังกัดของสมาชิกสามัญ
2. ใบสมัครสมาชิก ฅกส. พร้อมใบรับรองแพทย์ (แบบพิมพ์ ฅกส. ๑) จำนวน ๑ ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
5. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. หรือ ๑ นิ้ว ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี จำนวน ๒ รูป
6. เงินค่าสมัคร จำนวน ๑๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน) ต้องชำระเต็มจำนวนโดยไม่นำมาหักค่าธรรมเนียม
7. หนังสือยินยอมของสมาชิกสามัญ ให้หักเงินเดือนของสมาชิกสามัญเพื่อชำระเงินสงเคราะห์แทนสมาชิกสมทบ หรือ
8. หนังสือยินยอมตามแบบของธนาคาร เพื่อยินยอมให้หักเงินจากบัญชีธนาคารของผู้สมัครเป็นสมาชิกสมทบ เพื่อชำระเงินสงเคราะห์พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร อย่างละ ๑ ฉบับ

### หลักฐานเพิ่มเติม

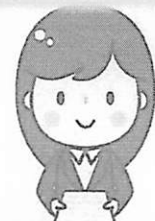
กรณีเป็นคู่สมรส → ให้ส่งเพิ่มสำเนาใบสำคัญการสมรส จำนวน ๑ ฉบับ

กรณีเป็นบุตร → ให้ส่งเพิ่มสำเนาใบสำคัญการสมรส หรือใบสำคัญการหย่าของ สมาชิกสามัญ (ถ้ามี)

อย่างละ ๑ ฉบับ

กรณีเป็นพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน → สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของ สมาชิกสามัญ

อย่างละ ๑ ฉบับ





สนใจเป็นสมาชิก กกส. สามารถติดต่อขอรับใบสมัครและยื่นใบสมัครได้ที่

- หน่วยงานต้นสังกัดที่ผู้สมัครปฏิบัติราชการอยู่ เช่น
๑. สำนักงาน กกส. ( One stop service ชั้น ๑)
  ๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
  ๓. สาธารณสุขอำเภอ
  ๔. โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
  ๕. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในแต่ละจังหวัด
  ๖. ศูนย์ควบคุมโรค ในแต่ละจังหวัด
  ๗. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ในแต่ละจังหวัด
  ๘. ศูนย์อนามัย ในแต่ละจังหวัด

ติดต่อสำนักงาน กกส.

สำนักงานการฉาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข  
เลขที่ ๘๘/๑๓ หมู่ ๔ ซอยสถาบันบำราศนราดูร ถนนติวานนท์  
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐



งานเงิน

โทร ๐-๒๕๕๘๙-๙๑๐๕-๑๐ ต่อ ๑๕๑-๑๕๗  
โทรศัพท์ ๐๙๔-๘๗๔-๐๔๔๔  
โทรสาร ๐๒-๕๙๑-๗๕๓๔

งานทะเบียน

โทร ๐-๒๕๕๘๙-๙๑๐๕-๑๐ ต่อ ๑๒๑-๑๒๔  
โทรศัพท์ ๐๙๔-๘๗๔-๐๒๒๒ , ๐๙๒-๒๓๑-๖๙๑๒  
โทรสาร ๐๒-๕๙๑-๗๕๓๔ **321**



งานเรียกเก็บเงิน

โทร ๐-๒๕๕๘๙-๙๑๐๕-๑๐ ต่อ ๑๓๑-๑๓๖  
โทรศัพท์ ๐๙๔-๘๗๔-๐๑๑๑  
โทรสาร ๐๒-๕๙๑-๗๕๓๔

งานรับแจ้งถึงแก่กรรม

โทร ๐-๒๕๕๘๙-๙๑๐๕-๑๐ ต่อ ๑๑๔ , ๑๙๘  
โทรศัพท์ ๐๘๑-๘๗๐-๒๗๒๑  
โทรสาร ๐๒-๕๙๑-๗๕๓๔

ให้ผู้สมัครดำเนินการชำระค่าสมัคร  
ผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส 7-ELEVEN

มีขั้นตอน ดังนี้

1. แจ้งเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรของ ฅกส.  
0994000246714
2. แจ้งเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก
3. แจ้งหมายเลขโทรศัพท์ 10 หลัก
4. ชำระค่าสมัครสมาชิกจำนวนเงิน 100.- บาท
5. นำสลิปที่ชำระเงิน 100.- บาท แนบกับเรื่องสมัครของ  
ตนเองเพื่อให้หน่วยงานทำหนังสือนำเสนอใบสมัครต่อไป

สำหรับเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์เซอร์วิส กรุณาแจ้ง (0994000246714)

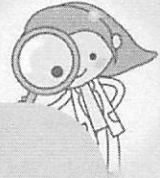
เลขที่อ้างอิง 1 (Ref.1) เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่อ้างอิง 2 (Ref.2) หมายเลขโทรศัพท์

รับชำระเฉพาะเงินสด	
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร	จำนวนเงินเป็นตัวเลข/บาท

ผู้ชำระเงิน.....โทร.....

บุคคลผู้ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิก ฅกส.  
ต้องไม่เป็นโรคร้ายแรง ดังต่อไปนี้



๑. โรคมะเร็งทุกระยะ
๒. โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
๓. โรคตับระยะสุดท้าย
๔. โรคหรือภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
๕. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามการวินิจฉัยของแพทย์ที่คณะกรรมการ  
ดำเนินการการมาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข  
มอบหมาย

