



หน่วยงานต้นสังกัดรับวันที่.....
 ผู้รับใบสมัคร.....วันที่...../...../.....

ติดรูปถ่ายหน้าตรง
 ไม่สวมหมวก
 ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม.
 ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฉกส.

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฉกส. ประเภท สามัญ สมทบ คู่สมรส บิดา มารดา

เรียน ประธานกรรมการ ฉกส.

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ----------

เป็น ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว อื่นๆ.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....สถานที่รับเงินเดือนหรือค่าจ้าง (ตาม จ.๑๘).....

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

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

โทรศัพท์.....ขอสมัครเป็นสมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยข้าพเจ้า

ทราบและรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ฉกส. พ.ศ. ๒๕๒๑ ที่ใช้อยู่ปัจจุบันนี้ หรือที่แก้ไขเพิ่มเติมภายหลัง

ทุกประการ โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ทางราชการ/หน่วยงานต้นสังกัดหักเงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้า

มีสิทธิได้รับจากทางราชการ/หน่วยงานต้นสังกัด เพื่อส่งให้ ฉกส. เป็นค่าเงินสงเคราะห์ประจำเดือน

ชื่อ คู่สมรส บิดา มารดาเป็นสมาชิกสามัญ

อายุ.....ปี เลขทะเบียน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ขอให้จ่ายเงินสงเคราะห์ ให้แก่

๑.เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

๒.เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

๓.เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

ตัวบรรจง (.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (หัวหน้าหน่วยงานระดับกอง) และสมาชิก ฉกส. (ต้องไม่ใช่บิดาหรือมารดา/สามีหรือภรรยาของผู้สมัคร)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ฉกส.ฯ และยินยอมให้หักเงินเดือนหรือเงินค่าจ้าง

เพื่อชำระเงินสงเคราะห์ประจำเดือน สมควรได้รับไว้พิจารณาเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง

ตัวบรรจง (.....)

ตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานราชการ.....

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง

ตัวบรรจง (.....)

สมาชิก ฉกส.ประเภท.....เลขทะเบียน.....

หมายเหตุ ฉกส. จะแจ้งเรียกเก็บเงินสงเคราะห์ไปยังหน่วยงานที่สมาชิกรับเงินเดือนหรือเงินค่าจ้าง

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

ส่งตามหนังสือที่.....

ลงวันที่.....

ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่.....เลขที่.....

ลงวันที่.....

อื่นๆ

(ลงชื่อ).....

.....

เรียน ประธานกรรมการ ฉกส.

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ผู้อำนวยการสำนักงาน ฉกส.

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

(ลงชื่อ).....

เลขานุการ ฉกส.

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

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ประธานกรรมการ ฉกส.

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

เป็นสมาชิกสมบูรณ์วันที่

.....

เลขทะเบียน.....

หนังสือสำคัญการเป็นสมาชิก

ส่งตามหนังสือ ที่

สธ. ๕๓๐๒/๓.....

ลงวันที่.....

(ลงชื่อ).....

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

ใบตรวจรับรองสุขภาพ

ใบตรวจรับรองสุขภาพนี้ต้องเป็นแพทย์ในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ลงนามและกรอกข้อความ

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้สอบประวัติและตรวจร่างกายของ.....อายุ.....ปี

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.ปรากฏว่า

มีสุขภาพดี

มีโรคประจำตัว ป่วยเป็นโรค.....

ในระยะ ๒ ปีล่วงมาเคยเข้ารับรักษาตัวเป็นคนไข้ภายในโรงพยาบาล.....

เมื่อ.....ด้วยโรค.....

ผลการรักษา.....

สมควร

ไม่สมควร ได้รับการพิจารณาเข้าเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจรับรอง

ตำแหน่ง.....

กองหรือจังหวัด.....

กรม.....กระทรวงสาธารณสุข

เรียน ประธานกรรมการ ผกส.

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ

เบียดเบียนใกล้ชิดอันตราย หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ

ข้าพเจ้ายินยอมให้ ผกส. ใช้สิทธิบอกกล่าวภายในกำหนด ๖ เดือน นับแต่วันที่ ผกส. ทราบข้อมูลเหตุอันจะบอกกล่าวได้

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัครสมาชิก ผกส.)

ตัวบรรจง (.....)