

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (สถานพยาบาลของรัฐ)  
มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. กรณีสมาชิกสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้าย  
หรือใบเสร็จเรื่องสงเคราะห์ตัวสังกัด



เลขประจำตัวสมาชิก สสร. ....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ รัฐวิสาหกิจไทย (สสร.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... คู่สมรสชื่อ.....

(1) ☐ สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....

☐ สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

(2) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

(4) สถานที่ติดต่อ/ส่งเอกสาร

☐ (4.1) เหมือนข้อ (3)

☐ (4.2) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....

(5) หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายขอมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้าเป็นผู้จัดการศพ

(6) การชำระเงิน

(6.1) การชำระเงินครั้งแรก

☐ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20.- บาท ☐ ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20.- บาท

☐ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 4,500.- บาท รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 4,540.- บาท

(6.2) วิธีการชำระเงิน

- ☐ ชำระเป็นเงินสด
- ☐ โอนเข้าบัญชี เลขที่.....
- ☐ ชำระทางธนาคาร เลขที่.....สั่งจ่าย ปณ.บางกรวย ในนามสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ รัฐวิสาหกิจไทย

(7) การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

- ☐ ชำระเป็นเงินสด
- ☐ หักจากเงินปันผลเฉลี่ยคืน

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ รัฐวิสาหกิจไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร  
(.....)



## สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสอ.ตามข้อบังคับข้อ 10 ของสมาคมฯ และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคมอนามัยสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ รัฐวิสาหกิจไทย ประกาศ สสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สสอ. หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

- เสนอ ☐ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสอ. ....
- ☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

### ความเห็นคณะกรรมการสมาคม สสอ.

- ☐ อนุมัติเข้ารับเป็นสมาชิก สสอ. ตั้งแต่วันที่.....
- ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

1. นายกสมาคม สสอ.

2. กรรมการ สสอ. ปฏิบัติหน้าที่แทนนายก  
สสอ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



สสร.2

## ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วัน..... เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .....

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

นาย/นาง/นางสาว.....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้ .....

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

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  - (2) แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือเป็นโรคใด ระบุโรค.....
  - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
  - (4) กรณีใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์ม สสร. ต้องประทับตราโรงพยาบาลของรัฐให้ชัดเจน หรือใช้ใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาลนั้น ๆ



แบบรายงานสุขภาพตนเอง  
สมาคมงานกิจสเคราะห์สมาชิกสหกรณ์อมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่สมาชิก.....

ได้สมัครสมาชิก สสอ.รอบการสมัครที่ ..... และได้ขอใบรับรองแพทย์จาก .....

และขอเรียนว่า ระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้าได้ตรวจหรือไม่ ในโรคต่อไปนี้

- |                                     |                              |  |
|-------------------------------------|------------------------------|--|
| 1. โรคหัวใจ                         | <input type="radio"/> ไม่เคย | <input type="radio"/> เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน ..... พ.ศ. ....     |
|                                     |                              | <input type="radio"/> เป็นโรคนี้ <input type="radio"/> ไม่เป็นโรคนี้ |
| 2. โรคฉี่หนูในระยะอันตราย           | <input type="radio"/> ไม่เคย | <input type="radio"/> เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน ..... พ.ศ. ....     |
|                                     |                              | <input type="radio"/> เป็นโรคนี้ <input type="radio"/> ไม่เป็นโรคนี้ |
| 3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง             | <input type="radio"/> ไม่เคย | <input type="radio"/> เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน ..... พ.ศ. ....     |
|                                     |                              | <input type="radio"/> เป็นโรคนี้ <input type="radio"/> ไม่เป็นโรคนี้ |
| 4. โรคเมรัยทุกชนิด ทุกระยะ          | <input type="radio"/> ไม่เคย | <input type="radio"/> เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน ..... พ.ศ. ....     |
|                                     |                              | <input type="radio"/> เป็นโรคนี้ <input type="radio"/> ไม่เป็นโรคนี้ |
| 5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์) | <input type="radio"/> ไม่เคย | <input type="radio"/> เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน ..... พ.ศ. ....     |
|                                     |                              | <input type="radio"/> เป็นโรคนี้ <input type="radio"/> ไม่เป็นโรคนี้ |
| 6. โรคไตวาย                         | <input type="radio"/> ไม่เคย | <input type="radio"/> เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน ..... พ.ศ. ....     |
|                                     |                              | <input type="radio"/> เป็นโรคนี้ <input type="radio"/> ไม่เป็นโรคนี้ |

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความตามที่แจ้ง 1-5 เป็นความจริง หากข้าพเจ้ารู้และเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความนั้นเป็นเท็จ หรือเสียชีวิตด้วยโรคตามข้อ 1-5 ภายในเวลา 90 วัน นับแต่วันที่กรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิกข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์พ้นสมาชิกภาพตามข้อบังคับ สสอ.รท. ข้อ 10 (3) ข้อ 3.3 และข้อ 12

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)ตัวบรรจง



สสอ.3

**หนังสือแสดงเจตนาการได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว**  
**สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.)**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... สมาชิก ☐ สามัญ ☐ สมทบ ของสหกรณ์ออมทรัพย์.....  
เลขทะเบียนที่.....สังกัดหน่วย.....  
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....  
ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ.....

(1) สถานภาพ

- ☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ.....  
☐ หย่า ☐ หม้าย

(2) ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาให้บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวที่ สสอ. พึงจ่าย

- (2.1).....เกี่ยวข้องเป็น.....  
(2.2).....เกี่ยวข้องเป็น.....  
(2.3).....เกี่ยวข้องเป็น.....

โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้

- ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่ากันทุกคน  
☐ อื่น ๆ .....

ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ และหากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

- (2) ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.) ยินยอมให้สหกรณ์ต้นสังกัดหักเงินปันผลและหรือเงินเฉลี่ยคืนเป็นค่าบำรุงรายปีหรือสงเคราะห์ศพล่วงหน้า เพื่อจ่ายให้ สสอ. ต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการศูนย์ประสานงานฯ

(ลงชื่อ)..... กรรมการ สสอ.

(.....)

**หมายเหตุ** ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่าย และการเก็บรักษาเงินของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ วันที่ 27 ธันวาคม 2545 กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้

- |                              |                                |  |
|------------------------------|--------------------------------|--|
| 1.สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา | 2.พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน | 3.พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน         |
| 4.ปู่ ย่า ตา ยาย             | 5.ลุง ป้า น้า อา               | 6.ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อุปการะเลี้ยงดู |



หนังสือยินยอมให้หักเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืนเพื่อชำระเป็นเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า  
ให้ศูนย์ประสานงานสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สศอร.)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจรถไฟแห่งประเทศไทย จำกัด หักเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืน เพื่อชำระเป็นเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าให้ศูนย์ประสานงานสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สศอร.)

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจรถไฟแห่งประเทศไทย จำกัด  
สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรพนักงานการรถไฟฯ หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนาถูกต้อง

ข้าพเจ้า..... เลขประจำตัว ทศ.

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

โทรศัพท์..... เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงาน  
รัฐวิสาหกิจรถไฟแห่งประเทศไทย จำกัด เลขทะเบียนสมาชิกที่  มีความประสงค์ยินยอมให้  
สหกรณ์ฯ หักเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืนของข้าพเจ้า เพื่อชำระเป็นเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าให้ศูนย์ประสานงานสมาคม  
ฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย (สศอร.) จำนวน.....บาท  
(.....) เท่ากันทุกปี ทั้งนี้ ตั้งแต่ วันที่.....เดือน.....  
พ.ศ.....เป็นต้นไป จนกว่าจะมีหนังสือแจ้งยกเลิกการหักเงินฝากจากข้าพเจ้า

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการตามความประสงค์ของข้าพเจ้าต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

สมาชิกสหกรณ์ฯ ทะเบียนเลขที่.....

ผู้ให้ความยินยอม

ติดต่อสอบถาม ฝ่ายบริการรับฝากเงิน

โทรศัพท์ 02 936-0400 ต่อ 17 - 20

(ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ 22 เมษายน 2554 เป็นต้นไป)

หนังสือยินยอมของผู้รับเงินฌาปนกิจสงเคราะห์  
สหกรณ์ออมทรัพย์สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจรถไฟแห่งประเทศไทย จำกัด

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... เป็นผู้มีสิทธิรับเงิน

ฌาปนกิจสงเคราะห์ของ..... ผู้สมัครสมาชิกฌาปนกิจ  
กรณีที่ผู้สมัครสมาชิกฌาปนกิจฯ มีหนี้สินอยู่กับสหกรณ์ฯ ณ วันที่ทำหนังสือฉบับนี้ และหนี้ที่จะ  
เกิดขึ้นกับสหกรณ์ฯ ในอนาคต เมื่อผู้สมัครสมาชิกฌาปนกิจฯ เสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบร่วมกับ  
ผู้สมัครสมาชิกฌาปนกิจฯ อย่างลูกหนี้ร่วม ไม่เกินจำนวนเงินที่ได้รับจากเงินฌาปนกิจสงเคราะห์  
เพื่อชำระหนี้ให้กับสหกรณ์ฯ จนครบถ้วนก่อน และเมื่อมีเงินเหลือจึงจ่ายให้กับข้าพเจ้าต่อไป

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ในขณะที่ทำหนังสือยินยอมฉบับนี้ ข้าพเจ้ากระทำลงด้วยความสมัครใจ  
และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่พินใจ หรือวิกลจริต หรือถูกบังคับขู่เข็ญแต่ประการใด  
มีความสามารถตามกฎหมาย และมีพยาน 2 คน

ลงชื่อ..... ผู้รับเงินฌาปนกิจสงเคราะห์  
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้เขียน/พิมพ์  
(.....)