



ที่ สก ๐๐๓๓.๐๐๑.๕/ว ๒๕๓๕

ถึง โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง
และกลุ่มงาน/งาน ทุกงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

พร้อมนี้ จังหวัดสระแก้ว ขอส่งสำเนาหนังสือสำนักงานการฅาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวง
สาธารณสุข ที่ สธ ๕๓๐๒/ว ๑๔๘ วันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๕ เรื่อง ขยายเวลาการรับสมัครสมาชิกสามัญและ
สมาชิกสมทบเป็นกรณีพิเศษ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาประชาสัมพันธ์เจ้าหน้าที่ในสังกัดทราบด้วย



เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
☒ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เห็นควรมอบ.....
☐ อื่นๆ

๒๘ ต.ค. ๖๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
กลุ่มงานบริหารทั่วไป (งานธุรการ)
โทร. ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑-๔ ต่อ ๑๐๒
โทรสาร. ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑-๔ ต่อ ๑๐๐

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ
28 ต.ค. 2565



ที่ สธ ๕๓๐๒/ ๖๑๗๘

กลุ่มงานบริหารทั่วไป
สำนักงานการฉาปนกิจสงเคราะห์ของ
กระทรวงสาธารณสุขที่ 20 ต.ค. 2565
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๓๕ น.

๒ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขยายเวลาการรับสมัครสมาชิกสามัญและสมาชิกสมทบเป็นกรณีพิเศษ

เรียน อธิบดีกรมทุกกรม/เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา/ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม/
หัวหน้าสำนักงานรัฐมนตรี/ผู้อำนวยการสำนัก/กลุ่ม/ศูนย์/หรือเทียบเท่าในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลทั่วไป/หัวหน้าส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศการฉาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ขยายเวลาการรับสมัครสมาชิก
สามัญและสมาชิกสมทบ เป็นกรณีพิเศษ

สำนักงาน ผกส. ขอส่งสำเนาประกาศการฉาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง
ขยายเวลาการรับสมัครสมาชิกสามัญและสมาชิกสมทบ เป็นกรณีพิเศษ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

อนึ่ง การขยายระยะเวลารับสมัครสมาชิกเพิ่มอีก ๒ เดือน ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ถึง
วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ ให้ใช้แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ผกส. และใบรับรองแพทย์ (ผกส.๑) แบบใหม่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และสมาชิก ผกส.
ทราบโดยทั่วกัน ด้วย จะเป็นพระคุณ

๕๕๒๙๖ พท.๘๘๘-๑๖

ขอแสดงความนับถือ

ผกส. ขอส่งสำเนาประกาศการฉาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข

การฉาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข และสมาชิก

๕๕๒๙๖ พท.๘๘๘-๑๖

๕๕๒๙๖ พท.๘๘๘-๑๖

(นายประกอบ วงศ์ผลวัฒน์)

ผู้อำนวยการสำนักงาน ผกส.

๕๕๒๙๖ พท.๘๘๘-๑๖

๕๕๒๙๖ พท.๘๘๘-๑๖

๕๕๒๙๖ พท.๘๘๘-๑๖

ฝ่ายทะเบียนประวัติสมาชิก

โทร. ๐๒ ๕๘๘ ๕๑๐๕-๑๐ ต่อ ๑๒๑-๑๒๔

โทรสาร ๐๒ ๕๘๑ ๗๕๓๔

มือถือ ๐๙๔ ๘๗๔ ๐๒๒๒

ทราบดำเนินการ

(นายไพรัชต์วิริต วิริยะภัคพงศ์)

ข้าราชการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว



ประกาศการณานกสงเคราะหของกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง การรับสมัครสมาชิกสามัญและสมาชิกสมทบเป็นกรณีพิเศษ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๙ วรรคสอง ข้อ ๒๐ วรรคสอง ข้อ ๓๐ และข้อ ๓๑ แห่งข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการณานกสงเคราะหของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการดำเนินการการณานกสงเคราะหของกระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕ การณานกสงเคราะหของกระทรวงสาธารณสุข จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้รับสมัครผู้ที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๑๙ และข้อ ๒๐ แห่งข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการณานกสงเคราะหของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นสมาชิกสามัญหรือสมาชิกสมทบ เป็นกรณีพิเศษ โดยยกเว้นคุณสมบัติในเรื่องอายุ โดยให้ผู้ที่มีอายุเกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์ แต่ไม่เกิน ๕๐ ปี สมัครเข้าเป็นสมาชิกสามัญหรือสมาชิกสมทบได้ แต่ทั้งนี้จะต้องไม่เป็นโรคร้ายแรงตามที่ ฅกส. ประกาศกำหนด

การนับอายุตามวรรคหนึ่ง ให้นับถึงวันที่คำขอสมัครส่งถึงสำนักงาน ฅกส. หรือหน่วยงานผู้แทน ฅกส.

ข้อ ๒ ระยะเวลาการรับสมัครบุคคลเข้าเป็นสมาชิกตามข้อ ๑ ให้เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕

ข้อ ๓ ให้ ฅกส. เรียกเก็บเงินจากสมาชิกสามัญและสมาชิกสมทบที่ได้รับการยกเว้นคุณสมบัติในเรื่องอายุตามข้อ ๑ ดังนี้

- (๑) เงินค่าสมัครจำนวน ๑๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)
- (๒) เงินบำรุงเดือนละ ๔.๐๐ บาท (สี่บาทถ้วน)
- (๓) เงินสงเคราะห์เมื่อสมาชิกถึงแก่ความตาย ในอัตราผลประโยชน์ ๓.๐๐ บาท (สามบาทถ้วน)

ข้อ ๔ การใดที่ไม่ได้กำหนดไว้ในประกาศนี้ ให้ถือปฏิบัติตามข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการณานกสงเคราะหของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และข้อกำหนดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประกาศ ณ วันที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

๒๑

(นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการ ฅกส.



ประกาศการณานกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง การเรียกเก็บเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีและเงินบำรุงรายปี สำหรับสมาชิกสมทบ

ตามที่การณานกิจสงเคราะห์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการดำเนินการการณานกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ เรื่อง การเรียกเก็บเงินสงเคราะห์และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเรื่อง การเรียกเก็บเงินบำรุงจากสมาชิก นั้น บัดนี้ เห็นเป็นการสมควรกำหนดวิธีการเรียกเก็บเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินบำรุงประจำปีจากสมาชิกสมทบที่สมัครเป็นสมาชิกตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๓๑ และข้อ ๓๒ แห่งข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการณานกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ และโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการดำเนินการการณานกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๓ การณานกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ สมาชิกสมทบ จะต้องชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปี และเงินบำรุงรายปีตามอัตราดังนี้

(๑) เงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปี ปีละ ๓,๖๐๐ บาท (สามพันหกร้อยบาทถ้วน)

(๒) เงินค่าบำรุงรายปี ปีละ ๔๘ บาท (สี่สิบแปดบาทถ้วน)


ข้อ ๒ การชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีและเงินค่าบำรุงรายปีตามข้อ ๑ สำหรับผู้ที่ยื่นคำขอสมัครเป็นสมาชิกสมทบ ให้ชำระพร้อมกับเงินค่าสมัครจำนวน ๑๐๐ บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน) โดยให้ชำระผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิสของ เซเว่น อีเลฟเว่น (7-Eleven)

เมื่อผู้สมัครเป็นสมาชิกสมทบได้ชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปีและเงินบำรุงรายปี และเงินค่าสมัครตามช่องทางที่ระบุไว้ในวรรคหนึ่ง ให้แนบหลักฐานการชำระหรือแจ้งการชำระ ให้สำนักงาน กกส. ทราบ พร้อมกับคำขอสมัครเป็นสมาชิกสมทบ

ข้อ ๓ บรรดาประกาศหรือข้อกำหนดของการณานกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนที่เกี่ยวกับการเรียกเก็บเงินสงเคราะห์และเงินบำรุงรายปีสำหรับสมาชิกสมทบ ที่ขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ ให้ใช้ประกาศนี้ใช้บังคับแทน

ข้อ ๔ ประกาศนี้มีผลใช้บังคับสำหรับผู้ที่ยื่นคำขอสมัครเป็นสมาชิกสมทบตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓


(นายสุชม์ กาญจนพิมาย)
ประธานกรรมการ กกส.



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

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
☐ ประเภท สมทบ โดยเป็น
☐ คู่สมรสของสมาชิกสามัญ
 (๑) ☐ บุตรที่ชอบด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะแล้วของสมาชิกสามัญ
 (๒) ☐ บิดาหรือมารดาของสมาชิกสามัญ
 (๓) ☐ พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันของสมาชิกสามัญ
 (๔) ☐ พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกันของสมาชิกสามัญ
☐ คู่สมรสหรือบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะแล้วของสมาชิกสมทบตาม (๑) ☐ (๒) ☐
 (๓) ☐ หรือ (๔) ☐

ข้าพเจ้าขอระบุชื่อผู้จัดการศพและหรือผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ดังต่อไปนี้

๑. ชื่อผู้จัดการศพ.....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

๒. ชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ -

(๑).....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

(๒).....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

(๓).....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

(๔).....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้สมัครเป็นสมาชิก
 ตัวบรรจง(.....)

(ลงชื่อ).....ตัวบรรจง (.....)
 (ลงชื่อ).....ตัวบรรจง (.....)

ผู้รับรอง (ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร/

ผู้บังคับบัญชาของสมาชิกสามัญ

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

ผู้รับรอง (เป็นสมาชิก ผ.ศ. มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี)

หมายเหตุ : กรณีระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์มากกว่า ๑ คน ให้ทำเอกสารแนบพร้อมเงินค่าทำกับ

ผ.ศ.

(หน้า

ฉบับปรับปรุง ปี ๒

รูปถ่ายหน้าตรง

ไม่สวมหมวก

ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม.

ถ่ายไว้ไม่เกิน ๓ ปี

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

ส่งตามหนังสือที่.....

ลงวันที่.....

ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่.....เลขที่.....

ลงวันที่.....

อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ).....เจ้า

(.....)

เรียน ประธานกรรมการ ผ.

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ผู้อำนวยการสำนักงาน ผ.

(ลงชื่อ).....

เลขานุการ ผ.ศ.

(ลงชื่อ).....

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ประธานกรรมการ ผ.

(.....)

สมาชิกภาพของผู้สมัคร

เข้าเป็นสมาชิก เริ่มนับตั้งเ

วันที่.....

เลขทะเบียน.....

หลักฐานการเป็นสมาชิก

ตามหนังสือ ที่

สธ ๕๓๐๒.๓/.....

ลงวันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้า

(.....)



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. หากข้าพเจ้าจะเว้นไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ 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

โครงการรณรงค์รับสมัครสมาชิกกรณีพิเศษอายุเกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์ - ๕๐ ปี

เริ่มวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

๑. หลักฐานและเอกสารการสมัครสมาชิกประเภทสามัญ

- แบบพิมพ์ใบสมัครและใบรับรองแพทย์ของ กกส.(กกส.๑)
- สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร
- รูปถ่ายคราวเดียวกัน ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. หรือ ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
- หนังสือนำส่งจากหน่วยงานต้นสังกัด

☺ ค่าสมัคร ๑๐๐.-บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)

☺ โดยชำระผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส 7-ELEVEn หรือ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย

หรือ Krungthai Next (รหัสการชำระเงินของ กกส. 97931)

☺☺ สมาชิกสามัญ ให้ชำระเงินสงเคราะห์ผ่านหน่วยงานผู้แทน กกส. โดยวิธีหักเงินเดือน และให้หน่วยงานผู้แทน กกส. ส่งให้สำนักงานไม่เกินวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป

☺☺ หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน) พร้อมสำเนานำหน้าแรกของบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย (กรณีถูกจ้างหรือพนักงานกระทรวง สธ.ที่หน่วยงานไม่สามารถหักเงินเพื่อชำระเงินสงเคราะห์ได้)

๒. หลักฐานและเอกสารการสมัครสมาชิกประเภทสมทบ

- แบบพิมพ์ใบสมัครและใบรับรองแพทย์ของ กกส.(กกส.๑)
- สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร
- สำเนาทะเบียนสมรส(กรณีสมทบทคู่สมรส)
- สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิกสามัญ
- รูปถ่ายคราวเดียวกัน ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. หรือ ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
- หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว/ชื่อสกุล(ถ้ามี)
- แบบฟอร์มหนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน) พร้อมสำเนานำหน้าแรกของบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย

- หนังสือนำส่งจากหน่วยงานต้นสังกัดของสมาชิกสามัญหรือบันทึกขอสมัครสมาชิกสมทบ
การสมัครสมาชิกสมทบต้องชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า(ค่าสมัคร+เงินล่วงหน้าและเงินบำรุงรายปี)

☺ ค่าสมัคร ๑๐๐บาทพร้อมเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ๓๖๐๐ บาทและเงินบำรุงรายปี ปีละ ๔๘ บาท
รวมเป็นเงินที่ต้องชำระทั้งสิ้น ๓,๗๔๘ บาท(กรณีผู้สมัครอายุไม่เกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์)

✍ โดยชำระผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส 7-ELEVEn(เลขประจำตัวผู้เสียภาษีของ กกส. 0994000246714)

หรือ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย หรือ Krungthai Next(รหัสการชำระเงินของ กกส. 97931)

☺ ค่าสมัคร ๑๐๐ บาทพร้อมเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ๔,๐๐๐ บาทและเงินบำรุงรายปี ปีละ ๔๘ บาท
รวมเป็นเงินที่ต้องชำระทั้งสิ้น ๔,๑๔๘ บาท(กรณีสมัครโครงการอายุเกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์)

✍ โดยชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย หรือ Krungthai Next(รหัสการชำระเงินของ กกส. 97931)

☺☺ หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน) พร้อมสำเนานำหน้าแรกของบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย (เมื่อเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าชำระแล้วหมด กกส.จะหักเงิน

ในบัญชีเงินฝากเพื่อชำระเงินสงเคราะห์ต่อไปได้)

๓. หลักฐานและเอกสารการสมัครสมาชิกประเภทสมทบของสมทบ(สมทบพิเศษ)

- แบบพิมพ์ใบสมัครและใบรับรองแพทย์ของ กกต.(กกต.๑)
- สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร
- สำเนาทะเบียนสมรส(กรณีสมทบทคู่สมรส)
- สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิกสมทบ
- รูปถ่ายคร่าวเดียวกัน ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. หรือ ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
- หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว/ชื่อสกุล(ถ้ามี)
- แบบฟอร์มหนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน) พร้อมสำเนาหน้าแรกของบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย
- บันทึกรายชื่อสมาชิกสมทบของสมทบ(สมทบพิเศษ)

การสมัครสมาชิกสมทบของสมทบ(สมทบพิเศษ)(ค่าสมัคร : เงินล่วงหน้าและเงินบำรุงรายปี)

☺ ค่าสมัคร ๑๐๐บาทพร้อมเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ๓๖๐๐ บาทและเงินบำรุงรายปี ปีละ ๔๘ บาท
รวมเป็นเงินที่ต้องชำระทั้งสิ้น ๓,๗๔๘ บาท(กรณีผู้สมัครอายุไม่เกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์)

✍ โดยชำระผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส 7-ELEVEN(เลขประจำตัวผู้เสียภาษีของ กกต. 0994000246714)

หรือ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย หรือ Krungthai Next(รหัสการชำระเงินของ กกต. 97931)

☺ ค่าสมัคร ๑๐๐ บาทพร้อมเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ๔,๐๐๐ บาทและเงินบำรุงรายปี ปีละ ๔๘ บาท
รวมเป็นเงินที่ต้องชำระทั้งสิ้น ๔,๑๔๘ บาท(กรณีสมัครโครงการอายุเกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์)

✍ โดยชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย หรือ Krungthai Next(รหัสการชำระเงินของ กกต. 97931)

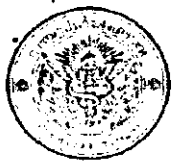
☺☺ หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน) พร้อมสำเนาหน้าแรกของบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย (เมื่อเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าที่ชำระแล้วหมด กกต.จะหักเงินในบัญชีเงินฝากเพื่อชำระเงินสงเคราะห์ต่อไปได้)

ขั้นตอนการชำระเงิน

๑. ชำระเงินใน Krungthai Next เลือกคำว่า จ่ายบิล >>หมวดหมู่>>ค่าน้ำ>>97931>>กกต.สาธารณชน-สมัครใหม่ กดชื่อ กกต (97931)

๒. แจ้งเลขบัตรประจำตัวประชาชน + รหัสกลุ่มสมัคร(01)

๓. จำนวนเงินที่ต้องชำระ.....บาท



การชำระเงินค่าสมัครสมาชิก

สำนักงานการฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 ชำระผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส (Counter Service)

1. แจ้งเลขประจำตัวผู้เสียภาษีของ ฌกส. : 099 400 024 6714

2. เลขบัตรประชาชน 13 หลัก Ref.1 ----

3. หมายเลขโทรศัพท์ 10 หลัก Ref.2 -

การชำระเงิน ค่าสมัครสมาชิก (7 - ELEVEN) ตามประเภทผู้สมัคร

ประเภทสมาชิก	ค่าสมัคร (บาท)	เงินสงเคราะห์ ล่วงหน้ารายปี (บาท)	เงินบำรุงรายปี (บาท)	รวมต้องชำระ (บาท)
สมาชิกสามัญ	100.-	-	-	100.- (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)
สมาชิกสมทบ (อายุไม่เกิน 35 ปี)	100.-	3,600.-	48.-	3,748.- (สามพันเจ็ดร้อยสี่สิบแปดบาทถ้วน)
สมาชิกสมทบ (อายุเกิน 35 ปี - 50 ปี)	100.-	4,000.-	48.-	4,148.- (สี่พันหนึ่งร้อยสี่สิบแปดบาทถ้วน)

*** สมาชิกที่ถูกลบชื่อ / ลาออก ต้องชำระเงินที่ธนาคารกรุงไทยเท่านั้น ***

ส่วนที่ 2 ชำระเงินผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย แจ้งรหัสสำนักงาน ฌกส. 97931

1. แจ้งเลขบัตรประชาชนผู้สมัคร + รหัสกลุ่มสมัคร

Ref.1 --- +

รหัสกลุ่มสมัคร	สถานะผู้สมัคร	ค่าสมัคร (บาท)	เงินสงเคราะห์ที่ ค้างชำระ (บาท)	เงินบำรุง รายปี (บาท)	เงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปี (บาท)	
					อายุไม่เกิน 35 ปี	อายุเกิน 35 ปี
01	สมัครใหม่					
	สมาชิกสามัญ	100.-	-	-		
	สมาชิกสมทบ	100.-	-	48	3,600.- (รวมจ่าย 3,748 บาท)	4,000.- (รวมจ่าย 4,148 บาท)
02	ถูกลบชื่อ	100.-	สอบถามจนท. ก่อนสมัคร	48	3,600.- (รวมจ่าย 3,748 บาท)	4,000.- (รวมจ่าย 4,148 บาท)
03	ลาออก	100.-	-	48	3,600.- (รวมจ่าย 3,748 บาท)	4,000.- (รวมจ่าย 4,148 บาท)

2. แจ้งโทรศัพท์ 10 หลัก Ref.2 -

3. จำนวนเงินที่ต้องชำระ _____ บาท

ส่วนที่ 3 Krungthai NEXt

จ่ายบิล >> ค้นหา >> 97931 >> ฌกส.สาธารณสุข-สมัครใหม่ ลบชื่อ ลาออก >> กรอกรหัส 13 หลัก พร้อมรหัสกลุ่มสมัครใหม่ 01 >> เบอร์โทร 10 หลัก

>> จำนวนเงินค่าสมัคร >> บันทึกช่วยจำ ค่าสมัครสมาชิก

สำนักงานการฌาปนกิจสงเคราะห์ราชภัฏวชิรราชวิทยานาลัย

พระมหาสุชาติ

ขยายเวลารับสมัครสมาชิก ฌกส.
อายุเกิน 35-50 ปี สมัครตั้งแต่วันนี้

ถึง 31 ธันวาคม 65



Scan me

ติดต่อสอบถาม
: 02 589 8105 - 10 ต่อ 120, 127
: 084 874 0222
www.chapanakij.or.th

รับแล้ว **ฟรี**

