



โรงพยาบาลรัฐประเทศ
เลขรับที่ 4918
วันที่ 14 ก.ย. 65
เวลา 13:34

ที่ สธ ๕๓๐๒/ ๗ ๑๖๐๙

สำนักงานการฉาปนกิจสงเคราะห์ของ
กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ประกาศการฉาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ผกส.

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

สิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) สำเนาประกาศการฉาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบใบสมัครเข้าเป็น
สมาชิก ผกส.

(๒) แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ผกส.และใบรับรองแพทย์ (ผกส.๑) จำนวน ๑๐ ฉบับ

สำนักงาน ผกส. ขอส่งสำเนาประกาศการฉาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง
แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ผกส. ดังรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) และ (๒)

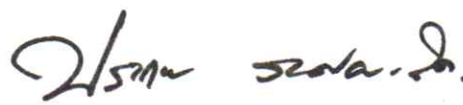
อนึ่ง ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป การสมัครเข้าเป็นสมาชิก ผกส. ให้ใช้แบบใบสมัคร
เข้าเป็นสมาชิก ผกส. และใบรับรองแพทย์ (ผกส.๑) ดังรายละเอียดปรากฏในสำเนาประกาศตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และสมาชิก ผกส.
ทราบโดยทั่วกัน ด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

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



(นายประกอบ วงศ์ผลวัฒน์)

ผู้อำนวยการสำนักงาน ผกส.

ฝ่ายทะเบียนประวัติสมาชิก

โทร. ๐๒ ๕๘๘ ๙๑๐๕-๑๐ ต่อ ๑๒๑-๑๒๖

โทรสาร ๐๒ ๕๙๑ ๗๕๓๔

มือถือ ๐๙๔ ๘๗๔ ๐๒๒๒

www.chapanakij.or.th

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

16 ก.ย. 2565



ประกาศการฉาบพิกสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แบบใบสมัครเป็นสมาชิก ผกส.

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๒๑ แห่งข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการฉาบพิกสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการดำเนินการฉาบพิกสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕ การฉาบพิกสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศการฉาบพิกสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ผกส. ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้อ ๒ การสมัครเป็นสมาชิก ผกส. ให้ใช้ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ผกส. และใบรับรองแพทย์ตามแบบ ผกส.๑ ที่แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ ประกาศนี้มีให้ใช้บังคับกับบุคคลที่ยื่นคำขอสมัครเป็นสมาชิก ก่อนประกาศนี้มีผลใช้บังคับ

ข้อ ๔ ประกาศนี้มีผลใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

1Xc

(นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการ ผกส.



ใบสมัครวันที่.....
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

☐ ประเภท สมทบ โดยเป็น

☐ คู่สมรสของสมาชิกสามัญ

(๑) ☐ บุตรที่ชอบด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะแล้วของสมาชิกสามัญ

(๒) ☐ บิดาหรือมารดาของสมาชิกสามัญ

(๓) ☐ พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันของสมาชิกสามัญ

(๔) ☐ พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกันของสมาชิกสามัญ

☐ คู่สมรสหรือบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะแล้วของสมาชิกสมทบตาม (๑) ☐ (๒) ☐

(๓) ☐ หรือ (๔) ☐

ข้าพเจ้าขอระบุชื่อผู้จัดการศพและผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ 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 (.....)

ผู้รับรอง (ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร/

ผู้บังคับบัญชาของสมาชิกสามัญ

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

ผู้รับรอง (เป็นสมาชิก กกส. มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี)

หมายเหตุ * กรณีระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์มากกว่า ๔ คน ให้ทำเอกสารแนบพร้อมเซ็นชื่อกำกับ

กกส. ๑
(หน้า๑/๒)

ฉบับปรับปรุง ปี ๒๕๖๔

รูปถ่ายหน้าตรง

ไม่สวมหมวก

ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม.

ถ่ายไว้ไม่เกิน ๓ ปี

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

ส่งตามหนังสือที่.....

ลงวันที่.....

ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่.....เลขที่.....

ลงวันที่.....

อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

(.....)

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

เรียน ประธานกรรมการ กกส.

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ผู้อำนวยการสำนักงาน กกส.

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

(ลงชื่อ).....

เลขานุการ กกส.

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

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ประธานกรรมการ กกส.

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

สมาชิกภาพของผู้สมัคร

เข้าเป็นสมาชิก เริ่มนับตั้งแต่

วันที่.....

เลขทะเบียน.....

หลักฐานการเป็นสมาชิก

ตามหนังสือ ที่

สธ ๕๓๐๒.๓/.....

ลงวันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

(.....)

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



ใบรับรองแพทย์
(จากสถานพยาบาลของรัฐ)

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอใบรับรองแพทย์

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

- | | |
|--------------|--|
| ๑. โรคเมเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| ๒. โรคไต | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| ๓. โรคตับ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| ๔. โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| ๕. โรคอื่น ๆ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> 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