



เลขที่รับ.....

ว.ด.ป.ที่รับ.....

เลขทะเบียนสมาคม.....

ใบสมัคร

สมาชิกสมาคมประกันสุขภาพสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 (คู่สมรส)

เขียนที่.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกสมาคมประกันสุขภาพสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2

เลขประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้า.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี อาชีพ..... ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์..... คู่สมรสของ..... เลขทะเบียนสมาชิกสหกรณ์ฯ.....

หน่วย..... เลขทะเบียนสมาคมประกันฯ ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมประกันสุขภาพสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2

ข้าพเจ้า ได้ส่งหลักฐานประกอบการสมัครตามที่สมาคมประกันสุขภาพสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 กำหนดคือ

1. สำเนาบัตรประจำตัวบัตรประชาชนหรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ
4. สำเนาแสดงการเปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล (ถ้ามี)
5. สำเนาใบสำคัญการสมรส

เมื่อสมาคมประกันสุขภาพสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 รับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้..... เกี่ยวข้องเป็น..... เป็นผู้จัดการศพ

และมอบให้ 1..... เกี่ยวข้องเป็น.....

2..... เกี่ยวข้องเป็น.....

3..... เกี่ยวข้องเป็น.....

เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ศพของข้าพเจ้า เมื่อสมาชิกของสมาคมประกันสุขภาพสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 คนใดคนหนึ่งถึงแก่ความตาย ขอให้เรียกเก็บเงินสงเคราะห์ศพที่ข้าพเจ้าต้องชำระต่อสมาคม จากเงินเดือนหรือเงินบำนาญของข้าพเจ้าหรือจาก ณ ที่จ่ายเงินเดือนหรือเงินบำนาญของ นาย/นาง..... คู่สมรสของข้าพเจ้า ณ หน่วยงานต้นสังกัด..... จังหวัดกาญจนบุรี หรือ..... (ระบุบุคคลที่มอบให้จ่ายเงินทดแทนตนเองพร้อมแจ้งที่อยู่ด้วย) ที่อยู่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ก่อนวันที่ยื่นใบสมัคร ข้าพเจ้าไม่มีประวัติทางการแพทย์ในการตรวจพบโรคมะเร็ง และ/หรือโรคติดต่อร้ายแรง จากสถานพยาบาลใดๆ มาก่อน หากตรวจพบว่าคำรับรองของข้าพเจ้าข้างต้นไม่เป็นความจริง ให้สมาคมประกันสุขภาพสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 สงวนสิทธิ์ในการจ่ายเงินสงเคราะห์ ให้กับผู้รับผลประโยชน์ตามที่ข้าพเจ้าระบุไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อบังคับฯ/ระเบียบฯ ของสมาคมประกันสุขภาพสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ศพของข้าพเจ้า จัดการชำระหนี้สินที่ข้าพเจ้ามีอยู่ต่อสหกรณ์ให้เสร็จสิ้นเสียก่อน หากมีเงินเหลือจึงจ่ายคืนให้กับผู้มีสิทธิดังกล่าว

กรณีมีจำนวนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ ซึ่งจำนวนเงินไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายเงินสงเคราะห์ศพ หรือค่าธรรมเนียมการโอนเงินผ่านธนาคาร ข้าพเจ้ามีความประสงค์ บริจาคเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้แก่สมาคม

ขอรับเงินคืน (ณ สมาคม)

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ คู่สมรส/ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมสถาปนิกสยามในกรุงเทพฯ
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกสมาคมสถาปนิกสยามในกรุงเทพฯสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 เลขทะเบียนสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... และ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกสมาคมสถาปนิกสยามในกรุงเทพฯสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 เลขทะเบียนสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....

ขอรับรองว่า ผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมสถาปนิกสยามในกรุงเทพฯสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี
กลุ่ม 2 ทุกประการ

ลงชื่อผู้รับรอง
(.....)

ลงชื่อผู้รับรอง
(.....)

มติคณะกรรมการ

คณะกรรมการมีมติ ให้รับเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมสถาปนิกสยามในกรุงเทพฯสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี
กลุ่ม 2 ได้ ในคราวประชุมชุดที่.....ครั้งที่.....ลงวันที่.....
และได้เลขประจำตัวสมาชิกเลขที่.....