

**เอกสารประกอบใบสมัคร**

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ
3. ใบรับรองแพทย์สถานพยาบาลของรัฐ  
ซึ่งออกให้ไม่เกินหนึ่งเดือน 1 ฉบับ



สมาชิกเลขที่.....

**ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก**

**สมาคมประกันสุขภาพข้าราชการส่วนท้องถิ่นเชียงใหม่**

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

เลขประจำตัวประชาชน ----

สถานภาพ  โสด  หม้าย  หย่า  สมรส ชื่อคู่สมรส.....

ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการส่วนท้องถิ่น จำกัด เลขที่.....

ข้าพเจ้าเป็น  ข้าราชการ  ลูกจ้างประจำ  พนักงานจ้างตามภารกิจ  พนักงานจ้างทั่วไป

ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วยงาน.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

โทรศัพท์ติดต่อ.....มีความประสงค์ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคม

ประกันสุขภาพข้าราชการส่วนท้องถิ่นเชียงใหม่

**หากข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ในขณะที่เป็นหนี้สินต่อสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมฯ หักเงินสงเคราะห์ชำระหนี้สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการส่วนท้องถิ่นเชียงใหม่ จำกัด เป็นลำดับแรก หากมีเงินสงเคราะห์เหลือขอมอบให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ในหนังสือแสดงผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าเป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ศพและจัดการศพของข้าพเจ้า**

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินเดือนหรือเงินอื่นใดที่ทางราชการจ่ายให้แก่ข้าพเจ้าหักเงิน ณ ที่จ่ายเพื่อชำระให้แก่สมาคมฯ ได้ตลอดไป

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับของสมาคมประกันสุขภาพข้าราชการส่วนท้องถิ่นเชียงใหม่ โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

คณะกรรมการสมาคมประกันสุขภาพข้าราชการฯ ได้มีมติรับเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ เมื่อวันที่ ...../...../.....

หมายเหตุ ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก จะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิก และได้ชำระเงินค่าสมัครสมาชิกแก่สมาคมฯ แล้ว กรณีที่ไม่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการให้เข้าเป็นสมาชิก ทางสมาคมฯ จะคืนเงินบำรุงรายปีและเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า รวมเป็นจำนวนเงิน 250 บาท ให้แก่ผู้สมัครแต่ทางสมาคมฯ จะไม่คืนค่าสมัครสมาชิกจำนวน 100 บาท ให้แก่ผู้สมัคร ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

**หนังสือแสดงผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... ขอระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ตามข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ข้าราชการส่วนท้องถิ่นเชียงใหม่ หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ให้หักเงินสงเคราะห์เพื่อชำระหนี้สินที่ข้าพเจ้ามีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการส่วนท้องถิ่นเชียงใหม่ จำกัด เป็นลำดับแรกก่อน หากมีเงินสงเคราะห์เหลือขอมอบให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ศพและจัดการศพของข้าพเจ้า ดังนี้

1..... ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า  
เลขประจำตัวประชาชน - อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์ติดต่อ.....

2..... ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า  
เลขประจำตัวประชาชน - อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์ติดต่อ.....

3..... ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า  
เลขประจำตัวประชาชน - อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์ติดต่อ.....

โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้  ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว  
 ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน  
 อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน      ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)

