



ประกาศสมาคมคณานาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร

เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก รอบ 4/2568 (ฉบับแก้ไข)

อาศัยอำนาจตามความในข้อบังคับสมาคมคณานาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2568 ข้อ 51(1) และมติที่ประชุมคณะกรรมการ สสอท. ชุดที่ 7 ครั้งที่ 1/2568 เมื่อวันอังคารที่ 1 เมษายน 2568 จึงออกประกาศเพื่อเปิดรับสมัครสมาชิก สสอท. รอบ 4/2568 ดังนี้

ข้อ 1 ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสมาคมคณานาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก สสอท. รอบ 4/2568”

ข้อ 2 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 - 25 เมษายน 2568

ข้อ 3 บรรดาประกาศ คำสั่ง หลักเกณฑ์ และวิธีการปฏิบัติอื่นใดที่กำหนดไว้แล้วในประกาศนี้ ซึ่งขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ข้อ 4 ผู้สมัครเป็นสมาชิก สสอท. ตามประกาศนี้จะต้องมีคุณสมบัติตามข้อ 5

ข้อ 5 คุณสมบัติของผู้สมัคร

5.1 สมาชิกสามัญ

5.1.1 เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ ซึ่งเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ พลอาสาสมัคร อาสาสมัครทหารพรานของสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร และเจ้าหน้าที่ของ สสอท.

5.1.2 อายุไม่เกิน 55 ปี (ไม่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2513)

5.1.3 ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ

5.1.4 มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรือสุขภาพสมบูรณ์ หรือสุขภาพแข็งแรง” ณ วันสมัคร

5.2 สมาชิกวิสามัญ

5.2.1 เป็นบุคคลซึ่งเป็นบิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะ พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกันของสมาชิกสามัญ ตามข้อ 5.1.1

5.2.2 อายุไม่เกิน 55 ปี (ไม่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2513)

5.2.3 ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ

5.2.4 มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรือสุขภาพสมบูรณ์ หรือสุขภาพแข็งแรง” ณ วันสมัคร

ข้อ 6 เอกสารประกอบการสมัคร มีดังนี้

6.1 ใบสมัคร (สสอท.1) *สีฟ้า สำหรับสมาชิกสามัญ หรือใบสมัคร (สสอท.1/1) *สีชมพู สำหรับสมาชิกวิสามัญ (จะต้องกรอกข้อความต่าง ๆ ในใบสมัครด้วยตนเอง เท่านั้น)

6.2 หนังสือแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ (สสอท.3) สำหรับสมาชิกสามัญ หรือ หนังสือแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ (สสอท.3/1) สำหรับสมาชิกวิสามัญ (ต้องกรอกข้อความต่าง ๆ ในหนังสือด้วยตนเอง เท่านั้น)

6.3 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรเจ้าหน้าที่ของรัฐของผู้สมัคร

6.4 สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร

6.5 ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบัน ชั้น 1 (ตามแบบ สสอท. 2 ที่แนบ โดยสามารถดาวน์โหลดได้จาก www.ca-comil.com) จาก **โรงพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลของรัฐพร้อมประทับตรา** (รายละเอียดตามข้อ 11) เท่านั้น

6.6 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรเจ้าหน้าที่ของรัฐของผู้จัดการศพและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน

6.7 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้จัดการศพและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน

6.8 สำเนาเอกสารประกอบอื่น ๆ

6.8.1 สำเนาทะเบียนสมรส กรณีผู้สมัครเป็นคู่สมรสของสมาชิกสามัญ หรือมอบเงินสงเคราะห์ให้คู่สมรส

6.8.2 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อ หรือชื่อสกุล

6.8.3 หนังสือรับรองของสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดที่มีได้เป็นศูนย์ประสานงานของ สสอท. พร้อมตราประทับของสหกรณ์ สำหรับผู้สมัครสมาชิกสามัญ

6.8.4 หนังสือรับรองจากหน่วยงานทางการปกครอง หรือจากผู้บังคับบัญชาโดยตรงต้นสังกัดของผู้สมัคร ซึ่งมีชั้นยศตั้งแต่พันโทขึ้นไปเท่านั้น (แบบ สสอท.17 พร้อมตราประทับ) กรณีเป็นผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ออกหนังสือรับรอง

6.9 สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก**ธนาคารทหารไทยธนชาติ จำกัด (มหาชน) ประเภทออมทรัพย์**ของผู้สมัครเท่านั้น

หมายเหตุ 1. สำเนาเอกสารทุกฉบับ เจ้าตัวจะต้องลงนามรับรองว่า “สำเนาถูกต้อง”

2. ผู้สมัครจะต้องลงนามรับรองสำเนาเอกสารตามข้อ 6.7 , ข้อ 6.8 และ ข้อ 6.9 ทุกฉบับ

ข้อ 7 การสมัคร

7.1 ผู้สมัครต้องกรอกใบสมัคร และยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารต่าง ๆ ตามข้อ 6 **ด้วยตนเอง** เท่านั้น โดยจะต้องบันทึกรูปภาพ ระหว่างการเขียนใบสมัครต่อหน้าเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน จำนวน 1 ภาพ ที่สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดของสมาชิกสามัญซึ่งเป็นศูนย์ประสานงานของ สสอท. (หากตรวจพบ หรือปรากฏในภายหลังมิได้สมัครด้วยตนเอง จะต้องพ้นสมาชิกภาพทันทีและไม่ได้รับสิทธิใด ๆ ทั้งสิ้น)

ในกรณีที่สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ที่มีได้เป็นศูนย์ประสานงาน ให้สมัครโดยตรง ณ ที่สำนักงานของสมาคม เลขที่ 124/125 หมู่บ้านนนทรี 5 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130 (ฝั่งตรงข้ามกับอาคารชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย จำกัด) เพียงแห่งเดียวเท่านั้น ในวันราชการเวลา ระหว่างเวลา 09.00 - 12.00 น. และ 13.00 - 16.00 น. (พักกลางวัน 12.00 - 13.00 น.)

7.2 การชำระเงินค่าสมัครเป็นสมาชิกสามัญหรือวิสามัญของ สสอท. ผู้สมัครจะต้องชำระค่าใช้จ่าย ดังนี้

| | | |
|-----------------------------|-------|-----------|
| 7.2.1 ค่าสมัคร | จำนวน | 100 บาท |
| 7.2.2 ค่าบำรุงรายปี | จำนวน | 50 บาท |
| 7.2.3 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า | จำนวน | 4,050 บาท |

รวมเป็นเงินที่ผู้สมัครจะต้องจ่ายทั้งสิ้น 4,200 บาท (สี่พันสองร้อยบาทถ้วน)

(ไม่รับชำระเป็นเงินสด สามารถชำระผ่าน Mobile Banking ได้ทุกธนาคารโดยการสแกน QR Code)

7.3 ผู้สมัครสมาชิกวิสามัญสามารถสมัครเป็นสมาชิกพร้อมกับผู้สมัครสมาชิกสามัญได้ แต่จะได้รับสิทธิการพิจารณาเป็นสมาชิก เมื่อผู้สมัครเป็นสมาชิกสามัญ ผ่านการรับรองสิทธิ์จากคณะกรรมการเท่านั้น

ข้อ 8 ผู้สมัครที่เคยเป็นสมาชิก สสอท. แต่พ้นจากสมาชิกภาพไปแล้ว ถ้ามาสมัครใหม่จะต้องชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าค้างจ่ายเพิ่มเติมจากข้อ 7.2

ข้อ 9 แบบต่าง ๆ ที่ใช้ในการสมัครต้องเป็นไปตามแบบที่สมาคมกำหนด โดยรับได้จากสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดที่เป็นศูนย์ประสานงานของ สสอท. เมื่อประสงค์ที่จะสมัคร และต้องเขียนต่อหน้าเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ข้อ 10 ผู้ออกใบรับรองแพทย์ตาม ข้อ 6.5 ต้องเป็นแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของโรงพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น

ข้อ 11 แพทย์ผู้ออกใบรับรองแพทย์ จะต้องรับรองว่า ขณะตรวจร่างกายผู้ประสงค์จะสมัคร เข้าเป็นสมาชิก สสอท. ตามประกาศนี้ เป็น “สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรือสุขภาพสมบูรณ์ หรือสุขภาพแข็งแรง”

ใบรับรองแพทย์ที่แพทย์ออกให้ตามวรรคหนึ่งจะต้องมีตราประทับของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลนั้น ๆ โดยให้มีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ได้มีการตรวจร่างกาย ถึงวันที่สมัคร

ข้อ 12 ผู้ใดแสดงข้อความอันเป็นเท็จเกี่ยวกับคุณสมบัติและหรือ เอกสารใด ๆ ประกอบการสมัครตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ เพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิในการสมัครเป็นสมาชิก สสอท. ของบุคคลนั้น ให้ตกเป็นโมฆะและไม่ได้รับสิทธิ์สงเคราะห์ตามข้อบังคับ สสอท. ทุกกรณี

ข้อ 13 คณะกรรมการ สสอท. พิจารณาและรับรองผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ให้ได้รับสิทธิ์สงเคราะห์ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2568 เวลา 09.00 น. เป็นต้นไป โดยจะประกาศให้ทราบผ่านศูนย์ประสานงานที่รับสมัครภายในวันที่ 31 พฤษภาคม 2568 สำหรับผู้สมัครตรงให้ติดตามทาง www.ca-comil.com หรือสอบถามผ่านทางไลน์ ID: ewm9605s

กรณีผู้สมัครไม่ผ่าน ทาง สสอท. จะไม่ส่งคืนเงินค่าสมัคร และเอกสารประกอบการสมัครทุกฉบับของผู้สมัครที่ สสอท. ไม่รับเข้าเป็นสมาชิก แต่จะส่งคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินค่าบำรุงรายปี ภายในวันที่ 17 มิถุนายน 2568 เข้าบัญชีธนาคารทหารไทยธนชาติ จำกัด (มหาชน) ของผู้สมัคร

ข้อ 14 กรณีที่มีการตีความหรือวินิจฉัยชี้ขาดการรับสมัครเข้าเป็นสมาชิก ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการ สสอท. ตามข้อบังคับฯ และถือเป็นอันสิ้นสุด

ข้อ 15 ให้นายก สสอท. รักษาการตามประกาศนี้

จึงประกาศมาให้ทราบ และถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด

ประกาศ ณ วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2568

พลเอก



(วิชา ไม้เถาะ)

นายกสมาคม

ฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร



ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้รับใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า (ยศ ชื่อ-สกุล) ต้นสังกัด สอ. จำกัด
 ที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

หมายเลขบัตรประชาชน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอใบรับรองแพทย์โดยขอแจ้งประวัติสุขภาพด้วยความสัตย์จริง ดังนี้

- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------|--------------------------------|--|
| 1.โรคประจำตัว | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) | 6.โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| 2.อุบัติเหตุและผ่าตัด | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) | 7.โรคไตระยะ 3 | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| 3.เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) | 8.วัณโรค | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| 4.โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) | 9.ประวัติอื่น ๆ ที่สำคัญ | | |
| 5.โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) | | | |

ลงชื่อ

(.....)

แจ้งไว้วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

โรงพยาบาล (สถานที่ตรวจ) เป็นโรงพยาบาลรัฐบาล สังกัด

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (ยศ-ชื่อ-สกุล) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้ตรวจร่างกาย (ยศ-ชื่อ-สกุล ผู้ขอใบรับรองแพทย์)

แล้วเมื่อ วันที่ เดือน พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง ซม. ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่าบุคคล

- ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือนหรือปัญญาอ่อน
- ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ
- ไม่ปรากฏอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง
- ไม่ปรากฏอาการหรือแสดงอาการของโรคต่อไปนี้

(1) โรคหัวใจ

(2) วัณโรค

(3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง (ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน)

(4) โรคไตเรื้อรังรุนแรง

(5) โรคมะเร็ง

(ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับโรค (1) - (5) ของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อ (6) นี้)

(6) อื่น ๆ.....

สรุปความเห็นแพทย์และข้อแนะนำของแพทย์

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

หมายเหตุ (1) ทำเครื่องหมาย ในช่อง ที่เป็นจริง

(2) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(3) ให้สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรง หรือ สุขภาพสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



ประทับตรา

โรงพยาบาลรัฐ /

สถานพยาบาลรัฐ