



ที่ สก ๐๐๓๒.๐๐๑.๕/ว ๕๕๕๕

ถึง กลุ่มงาน/งาน ทุกงาน , โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง , โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง ,
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง

พร้อมนี้ จังหวัดสระแก้ว ขอส่งสำเนาหนังสือสำนักงานการฅาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวง
สาธารณสุข ที่ สธ ๕๓๐๑.๑.๑/ว ๑๗๘ วันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ เรื่อง ประกาศการฅาปนกิจสงเคราะห์ของ
กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฅกส. และแบบใบเปลี่ยนชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์
รายละเอียดตามเอกสารที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และประชาสัมพันธ์เจ้าหน้าที่ในสังกัดทราบด้วย



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



ที่ สธ ๕๓๐๑.๑.๑/ว ๑๗/๕

สำนักงานการฅาปนกิจสงเคราะห์ของ
กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๒

รับเลขที่ ๗๐๑
วันที่ ๒๕ ต.ค. ๒๕๖๒

๒๐๓

เรื่อง ประกาศการฅาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฅกส. และ
แบบใบเปลี่ยนชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์

เรียน อธิบดีกรมทุกกรม/เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา/ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม/หัวหน้าสำนักงาน
รัฐมนตรี/ผู้อำนวยการสำนัก/กลุ่ม/ศูนย์/หรือเทียบเท่าในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/
หัวหน้าส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- สิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) ประกาศการฅาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฅกส.
- (๒) ประกาศการฅาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบใบเปลี่ยนชื่อผู้มีสิทธิ
รับเงินสงเคราะห์
- (๓) แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฅกส. และใบรับรองแพทย์ (ฅกส.๑) จำนวน ๑๐๐ ฉบับ
- (๔) แบบใบเปลี่ยนชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ (ฅกส.๓) จำนวน ๕๐ ฉบับ

สำนักงาน ฅกส. ขอส่งสำเนาประกาศการฅาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง
แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฅกส. และสำเนาประกาศการฅาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง
แบบใบเปลี่ยนชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ดังรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) และ (๒)

อนึ่ง ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เป็นต้นไป การสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฅกส. หรือการ
เปลี่ยนแปลงชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ให้ใช้แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฅกส. และแบบใบเปลี่ยนชื่อ
ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ฉบับใหม่ ดังความละเอียดปรากฏในสำเนาประกาศตามสิ่งที่ส่งมาด้วย (๓) และ (๔)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และสมาชิก ฅกส.

ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ

๒๕๖๒ ๔๗.๑๗๑.๑๑

ขอแสดงความนับถือ

ฅกส. ขอส่งประกาศ ฅกส. ๒๕๖๒

๒๒ ม.ค. ๒๕๖๓ โทร. ๐๒๕๕๘๘ ๙๑๐๕ - ๑๐ ต่อ ๑๑๑ - ๑๑๘

๒๒ ม.ค. ๒๕๖๓ โทร. ๐๒๕๕๘๘ ๙๑๐๕ - ๑๐ ต่อ ๑๑๑ - ๑๑๘

วันที่ ๑๗.๑๒.๖๒ เลิศเดชาไชย

(นายพิพัฒน์ ทองผดุงโรจน์)

ผู้อำนวยการสำนักงาน ฅกส.

ผู้อำนวยการสำนักงาน ฅกส.

๒๕๖๒ ๔๗.๑๗๑.๑๑

ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โทร. ๐ ๒๕๕๘๘ ๙๑๐๕ - ๑๐ ต่อ ๑๑๑ - ๑๑๘

โทรสาร ๐ ๒๕๕๘๑ ๗๕๓๔

WWW.chapanakij.org

๒๕๖๒.๑๒.๒๒

๒๕๖๒.๑๒.๒๒

๒๕๖๒.๑๒.๒๒

๒๕๖๒.๑๒.๒๒

ทราบดำเนินการ

๒๕๖๒

(นายไพรัชตรีวิฑิต วิริยะภัคพงศ์)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริหารงานวิชาการ)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

เก็บถึง พ.ศ. ๒๕๖๓



ประกาศการฉีดยาป้องกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฅกส.


อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๒ (๔) และข้อ ๒๑ แห่งข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการฉีดยาป้องกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการดำเนินการการฉีดยาป้องกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๒ การฉีดยาป้องกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ การสมัครเข้าเป็นสมาชิกสามัญและสมาชิกสมทบ ให้ใช้ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฅกส. และใบรับรองแพทย์ ตามแบบ ฅกส.๑ ที่แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒ ประกาศนี้มีให้ใช้บังคับกับบุคคลที่ยื่นคำขอสมัครเป็นสมาชิก ก่อนประกาศนี้มีผลใช้บังคับ

ข้อ ๓ ประกาศนี้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒


(นายสุขุม กาญจนพิมาย)
ประธานกรรมการ ฅกส.



รับใบสมัครวันที่.....
ผู้รับใบสมัคร.....
 ผกส. หน่วยงานผู้แทน ผกส.

ผกส. ๑
(หน้า๑/๒)

รูปถ่ายหน้าตรง
ไม่สวมหมวก
ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม.
ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ผกส.

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการ ผกส.

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 ผกส.

ประเภท สามัญ และยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดหักเงินเดือนเพื่อชำระเงินสงเคราะห์

ประเภท สมทบ โดยเป็น

บุตร คู่สมรส บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

ของสมาชิกสามัญเลขทะเบียน.....และยินยอมชำระเงินสงเคราะห์โดย

ชำระล่วงหน้ารายปี หรือ ชำระรายเดือน

โดยยินยอมให้ หักเงินเดือนจากสมาชิกสามัญ หรือ หักเงินจากธนาคาร.....

ชื่อบัญชี.....บัญชีเลขที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการฉ้อโกงการสงเคราะห์ของ

กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติมทุกประการ

ข้าพเจ้าขอระบุชื่อผู้จัดการศพและหรือผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ดังต่อไปนี้

๑. ชื่อผู้จัดการศพ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

๒. ชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ *

(๑).....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

(๒).....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

(๓).....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

(๔).....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....

* กรณีผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์
มากกว่า ๔ คน ให้ทำเอกสาร
แนบพร้อมเงินชื่อกำกับ

ตัวบรรจง(.....) ผู้ขอสมัครเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง (.....)ผู้รับรอง(ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร/ผู้บังคับบัญชา
ของสมาชิกสามัญ)

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง (สมาชิก ผกส. ไม่น้อยกว่า ๑ ปี)

ตัวบรรจง (.....)

สมาชิก ผกส. ประเภท.....เลขทะเบียน.....

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

ส่งตามหนังสือที่.....

ลงวันที่.....

ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่.....เลขที่.....

ลงวันที่.....

อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ).....

เรียน ประธานกรรมการ ผกส.

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ผู้อำนวยการสำนักงาน ผกส.

(ลงชื่อ).....

เลขานุการ ผกส.

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ประธานกรรมการ ผกส.

เป็นสมาชิกสมบูรณ์วันที่

เลขทะเบียน.....

หนังสือสำคัญการเป็นสมาชิก

ส่งตามหนังสือ ที่

สธ ๕๓๐๒.๓/.....

ลงวันที่.....

(ลงชื่อ).....



ใบรับรองแพทย์
(จากสถานพยาบาลของรัฐ)

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอใบรับรองแพทย์

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

๑. โรคมาเรียม 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 ผกส. ขอประวัติการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

๒. หากข้าพเจ้าละเว้นไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลทำให้ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติจากการเป็นสมาชิก

๓. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ในการสมัครเป็นสมาชิก ผกส. เท่านั้น

ลงชื่อ

ตัวบรรจง (.....) ผู้ขอใบรับรองแพทย์

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ ๒ ของแพทย์

สถานที่ตรวจ

๑. ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่สถานพยาบาลของรัฐชื่อ.....

ที่อยู่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาวแล้วเมื่อวันที่..... 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



ประกาศการฉีกรักษาโรคของกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฅกส.


อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๒ (๔) และข้อ ๒๑ แห่งข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการฉีกรักษาโรคของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ ดำเนินการการฉีกรักษาโรคของกระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๒ การฉีกรักษาโรคของกระทรวงสาธารณสุข จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ การสมัครเข้าเป็นสมาชิกสามัญและสมาชิกสมทบ ให้ใช้ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฅกส. และใบรับรองแพทย์ ตามแบบ ฅกส.๑ ที่แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒ ประกาศนี้มีให้ใช้บังคับกับบุคคลที่ยื่นคำขอสมัครเป็นสมาชิก ก่อนประกาศนี้มีผลใช้บังคับ

ข้อ ๓ ประกาศนี้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒


(นายสุขุม กาญจนพิมาย)
ประธานกรรมการ ฅกส.



ประกาศการฉาบงกจสงเคราะห้ของกระทรวงสธารณสุข
เรื่อง แบบใบเปล่ยนชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห้

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๒ (๔) และข้อ ๓๕ แห่งข้อบังคับกระทรวงสธารณสุข
ว่าด้วยการฉาบงกจสงเคราะห้ของกระทรวงสธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ
ดำเนินการการฉาบงกจสงเคราะห้ของกระทรวงสธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๒ เมื่อวันที่
๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๒ การฉาบงกจสงเคราะห้ของกระทรวงสธารณสุข จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ การเปล่ยนชื่อผู้จัดการศพหรือผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห้ ให้ใช้ใบเปล่ยนชื่อผู้มีสิทธิ
รับเงินสงเคราะห้ ตามแบบ ฅกส.๓ ที่แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒ ประกาศนี้มีให้ใช้บังคับกับบุคคลที่ยื่นคำขอเปล่ยนชื่อผู้จัดการศพหรือผู้มีสิทธิ
ได้รับเงินสงเคราะห้ก่อนประกาศนี้มีผลใช้บังคับ

ข้อ ๓ ประกาศนี้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒


(นายสุขุม / กาญจนพิมาย)
ประธานกรรมการ ฅกส.

คำแนะนำ

๑. การระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ต้องระบุชื่อตัว ชื่อสกุล ให้ถูกต้องชัดเจน
 ๒. ไม่ควรระบุจำนวนเงินหรือระบุการแบ่งเงินเป็นสัดส่วนหรือเปอร์เซ็นต์ เช่น ๒๐,๐๐๐ บาท หรือ ๒ ส่วน หรือ ๒๐% เพราะยอดเงินสงเคราะห์ที่จ่ายแต่ละเดือนไม่เท่ากัน
 ๓. ใบเปลี่ยนชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ฉบับนี้มีผลสมบูรณ์ เมื่อส่งถึงสำนักงาน ฅกส. ก่อนที่สมาชิกถึงแก่กรรม
 ๔. หากท่านต้องการหนังสือตอบรับการเปลี่ยนชื่อผู้มีสิทธิรับเงิน ต้องส่งของจดหมายซึ่งระบุชื่อ ที่อยู่ของตัวท่าน พร้อมติดแสตมป์ส่งพร้อมใบเปลี่ยนชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์
 ๕. แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิกพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
-