

ปิดประกาศ



บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลวังเหนือ
เลขที่รับ ๑๗๑๑
วันที่ ๒๙ มิ.ย. ๒๕๖๕
เวลา ๑๕.๕๐ น.

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล โทร. ๐ ๕๔๒๒ ๗๕๒๗-๔
ที่ ลป ๐๐๓๓.๐๐๙/ว ๑๙๐๕ วันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง การรับสมัครสมาชิกฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุขสามัญและสมทบ เป็นกรณีพิเศษ

เรียน นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง
หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ขอส่งประกาศการฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวง
สาธารณสุข เรื่อง การรับสมัครสมาชิกสามัญและสมาชิกสมทบเป็นกรณีพิเศษ ดังรายละเอียดแนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นายพรรัตน์ วัชรขจรกุล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ทราบ

- ดำเนินการตามเสนอ
- แจ้ง

๒๙/๖/๕

(นางสาวสกาเดือน เนตรทิพย์)
นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเหนือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเหนือ

เพื่อทราบ

เห็นความชอบ ๓๐/๖/๕

ทราบ ก๊อปปี้ ดำเนินการ

(ลงชื่อ) วันที่ ๒๙ มิ.ย. ๒๕๖๕



ประกาศการณำปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง การรับสมัครสมาชิกสามัญและสมาชิกสมทบเป็นกรณีพิเศษ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๙ วรรคสอง ข้อ ๒๐ วรรคสอง ข้อ ๓๐ และข้อ ๓๑ แห่งข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการณำปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการดำเนินการณำปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕ การณำปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้รับสมัครผู้ที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๑๙ และข้อ ๒๐ แห่งข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการณำปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นสมาชิกสามัญ หรือสมาชิกสมทบ เป็นกรณีพิเศษ โดยยกเว้นคุณสมบัติในเรื่องอายุ โดยให้ผู้มีอายุเกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์ แต่ไม่เกิน ๕๐ ปี สมัครเข้าเป็นสมาชิกสามัญหรือสมาชิกสมทบได้ แต่ทั้งนี้จะต้องไม่เป็นโรคภัยแรงตามที่ ฌกส. ประกาศกำหนด

การนับอายุตามวรรคหนึ่ง ให้นับถึงวันที่คำขอสมัครส่งถึงสำนักงาน ฌกส. หรือหน่วยงานผู้แทน ฌกส.

ข้อ ๒ ระยะเวลาการรับสมัครบุคคลเข้าเป็นสมาชิกตามข้อ ๑ ให้เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕

ข้อ ๓ ให้ ฌกส. เรียกเก็บเงินจากสมาชิกสามัญและสมาชิกสมทบที่ได้รับการยกเว้นคุณสมบัติในเรื่องอายุตามข้อ ๑ ดังนี้

(๑) เงินค่าสมัครจำนวน ๑๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)

(๒) เงินบำรุงเดือนละ ๔.๐๐ บาท (สี่บาทถ้วน)

(๓) เงินสงเคราะห์เมื่อสมาชิกถึงแก่ความตายในอัตราพละ ๓.๐๐ บาท (สามบาทถ้วน)

ข้อ ๔ การใดที่ไม่ได้กำหนดไว้ในประกาศนี้ ให้ถือปฏิบัติตามข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการณำปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และข้อกำหนดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประกาศ ณ วันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

๑๐

(นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการ ฌกส.



ใบรับรองแพทย์
(จากสถานพยาบาลของรัฐ)

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

โทรศัพท์

ผู้รับรองว่า ข้าพเจ้ามีประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

- ๑. โรคมาเร็ง 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 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 ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



การชำระเงินค่าสมัครสมาชิก

สำนักงานการมาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 ชำระผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส (Counter Service)

1. แจ้งเลขประจำตัวผู้เสียภาษีของ ผกส. 0 9940 00246 71 4
2. แจ้งเลขบัตรประชาชน 13 หลัก Ref.1 ----
3. แจ้งหมายเลขโทรศัพท์ 10 หลัก Ref.2 -

การชำระเงินค่าสมัครที่เคาน์เตอร์เซอร์วิส (7 - eleven)

แบ่งตามประเภทผู้สมัคร

ประเภทสมาชิก	ค่าสมัคร (บาท)	เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า รายปี(บาท)	เงินค่าบำรุงรายปี (บาท)	รวมต้องชำระ (บาท)
สมาชิกสามัญ	100	-	-	100 (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)
สมาชิกสมทบ	100	3,600	48	3,748 (สามพันเจ็ดร้อยสี่สิบแปดบาทถ้วน)

สมาชิกที่ถูกลบชื่อ/ลาออกต้องชำระเงินที่ธนาคารกรุงไทยเท่านั้น

ส่วนที่ 2 ชำระเงินผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย หรือ Krungthai Next

1. แจ้งรหัสสำนักงาน ผกส. 97931

ชำระเงินใน Krungthai Next เลือกคำว่า จ่ายเงิน >> ทหมดหมู่ >> ค้นหา >> 97931 >> ผกส.สาธารณสุข - สมัครใหม่
ลบชื่อ ลาออก (97931)

2. แจ้งเลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร + รหัสกลุ่มสมัคร

Ref.1 --- +

การชำระเงินค่าสมัครที่เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)

แบ่งตามสถานะผู้สมัคร

รหัสกลุ่มสมัคร	สถานะของผู้สมัคร	ค่าสมัคร (บาท)	เงินสงเคราะห์ที่ค้างชำระ (บาท)	เงินค่าบำรุงรายปี (บาท)	เงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารายปี	
					อายุผู้สมัครไม่เกิน 35 ปี	อายุผู้สมัครเกิน 35 ปี
01	สมัครใหม่					
	สมาชิกสามัญ	100	-	-	-	-
	สมาชิกสมทบ	100	-	48	3,600 (รวมต้องชำระ 3,748 บาท)	-
02	ถูกลบชื่อ	100	สอบถามจากเจ้าหน้าที่ก่อนสมัคร	48	3,600 (รวมต้องชำระ 3,748 บาท)	4,000 (รวมต้องชำระ 4,148 บาท)
03	ลาออก	100	-	48	3,600 (รวมต้องชำระ 3,748 บาท)	4,000 (รวมต้องชำระ 4,148 บาท)

3. เบอร์โทรศัพท์ 10 หลัก Ref.2 -

4. จำนวนเงินสงเคราะห์ที่ต้องชำระ _____ บาท

หลักฐานประกอบการสมัคร

๑. ใบสมัคร (แบบพิมพ์ ฅกส. ๓) กรอกข้อความให้ชัดเจนและถูกต้อง
๒. รูปถ่ายหน้าตรงที่ใช้ในราชการขนาด ๒.๕ x ๓ ซม. หรือ ๑ นิ้ว ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี จำนวน ๒ รูป
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้สมัคร อย่างละ ๑ ชุด
๔. เงินค่าสมัคร จำนวน ๑๐๐.-บาท (ต้องชำระเต็มจำนวน โดยไม่นำมาหักค่าธรรมเนียม)
๕. หนังสือนำส่งใบสมัครจากหน่วยงานต้นสังกัด
๖. สำเนาใบสำคัญการสมรส (ถ้ามี)
๗. กรณีสมัครสมาชิกสมทบ ต้องมีสำเนาใบสำคัญการสมรสประกอบการสมัคร และถ้าภรรยาของผู้สมัครประสงค์ใช้ค่านำหน้าชื่อเป็นนางสาว และชื่อสกุลตามเดิมต้องมีหลักฐานประกอบ เช่น สำเนา ทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือหนังสือรับรองขอใช้ค่านำหน้าชื่อ และชื่อสกุล(คร.๒) ประกอบการสมัคร
๘. หัวหน้าหน่วยราชการ และผู้ที่เป็นสมาชิก ฅกส. มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี เป็นผู้ลงนามรับรองใบสมัคร
๙. ให้แพทย์ที่ปฏิบัติราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตรวจรับรองสุขภาพด้านหลังใบสมัคร
๑๐. เมื่อแพทย์ตรวจรับรองสุขภาพแล้ว ผู้สมัครต้องรับรองสุขภาพตนเอง
๑๑. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้สมัคร แล้วแต่กรณี (ถ้ามี)
๑๒. กรณีผู้สมัครเป็นลูกจ้างชั่วคราวต้องมีหนังสือรับรองอายุงานที่มีกาปฏิบัติงานการจ้างเกินกว่า ๑ ปี