



แบบฟอร์มนี้ให้ใช้ตั้งแต่การสมัคร  
รอบ 3/2567 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567  
เป็นต้นไป

เรื่อง หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง

เรียน นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

โทร..... เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด

เลขที่สมาชิก..... ได้สมัครเป็นสมาชิก สสอ.รท. รอบการสมัครที่.....

ได้แนบใบรับรองแพทย์จาก..... แล้ว

และขอเรียนว่าระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้ามีประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคต่อไปนี้ ดังนี้

- |                                   |  |            |
|-----------------------------------|--|------------|
| 1. โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด  | <input type="radio"/> เป็น <input type="radio"/> ไม่เป็น | ระบุ ..... |
| 2. โรคเกี่ยวกับสมอง               | <input type="radio"/> เป็น <input type="radio"/> ไม่เป็น | ระบุ ..... |
| 3. โรคหัวใจและโรคที่เกี่ยวข้องปอด | <input type="radio"/> เป็น <input type="radio"/> ไม่เป็น | ระบุ ..... |
| 4. โรคมะเร็ง                      | <input type="radio"/> เป็น <input type="radio"/> ไม่เป็น | ระบุ ..... |
| 5. โรคตับ                         | <input type="radio"/> เป็น <input type="radio"/> ไม่เป็น | ระบุ ..... |
| 6. โรคไต                          | <input type="radio"/> เป็น <input type="radio"/> ไม่เป็น | ระบุ ..... |
| 7. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง           | <input type="radio"/> เป็น <input type="radio"/> ไม่เป็น | ระบุ ..... |
| 8. โรคจิตเวช                      | <input type="radio"/> เป็น <input type="radio"/> ไม่เป็น | ระบุ ..... |

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความตามข้อ 1 - 8 เป็นความจริงทุก

ประการและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าหรือให้ สสอ.รท. ขอประวัติการรักษาจากสถานพยาบาล  
ที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาหรือที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายภายในหนึ่งปีนับตั้งแต่วันที่สมัครรับเป็นสมาชิกด้วยโรคดังกล่าวข้างต้น  
ข้าพเจ้ายินยอมให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสถานะเป็นสมาชิกของ สสอ.รท. ตั้งแต่วันสมัคร ทั้งนี้ข้าพเจ้าและทายาทรวมถึงผู้รับเงิน  
สงเคราะห์จะไม่ขอรับสิทธิใดๆ รวมทั้งขอสละสิทธิการรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจาก สสอ.รท. โดยขอให้คืนเฉพาะเงิน  
สงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินค่าบำรุงรายปีแก่บุคคลที่ข้าพเจ้าแจ้งไว้ในใบสมัคร

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน (ญาติที่ใกล้ชิด, บิดา, มารดา, พี่ น้อง ฯลฯ)

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน (กรรมการ/เจ้าหน้าที่ศูนย์)

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ : ผู้ที่เสียชีวิตจากสาเหตุ “ติดเชื้อในกระแสเลือด” ภายในเวลา 1 ปี ต้องไม่มีประวัติการเป็นโรค 1-7 ดังกล่าวข้างต้น (ยกเว้นจิตเวช)