



## แบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว สสอ.

ถ้าสมาคมฯจ่ายเงินสงเคราะห์ศพตามข้อบังคับของสมาคมฯ ข้าพเจ้าขอให้สมาคมฯ จ่ายเงินให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ดังนี้

- 1.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า
- 2.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า
- 3.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า
- 4.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า
- 5.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า
- 6.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า

ลงชื่อ .....สมาชิก สสอ.  
(.....)

ลงชื่อ .....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ .....พยาน  
(.....)

### ข้อบังคับ สมาคม สสอ. หมวด 7 ข้อ 23

เมื่อสมาชิกผู้ใดถึงแก่ความตาย ให้บุคคลที่ระบุตามข้อ 13 มีสิทธิได้รับเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและเงินสงเคราะห์ครอบครัว ซึ่งต้องเป็นบุคคลตาม (1) (2) (3) (4) (5) (6) ดังนี้

- (1) สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา
- (2) พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
- (3) พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
- (4) ปู่ ย่า ตา ยาย
- (5) ลุง ป้า น้า อา
- (6) ผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือผู้อยู่ในอุปการะ

ถ้าหากมีเงินเหลือจากการจัดการศพ ให้จ่ายแก่บุคคลใน (1)-(6) ตามลำดับก่อนหลัง โดยผู้อยู่ลำดับก่อนย่อมตัดสิทธิผู้อยู่ลำดับหลัง แต่ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้ได้รับเงินในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลใดได้ ให้ตกเป็นของแผ่นดิน



## ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

### ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ (1).....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว.....

สถานที่อยู่.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

แล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ขอรับรองว่า

นาย / นาง / นางสาว ..... ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (5) โรคจิตต่างๆ
- (6) โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- (7) กามโรคในระยะที่มีฝิ่นหรือแผลตามผิวหนัง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ (2).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  - (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 1 เดือนนับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย