



ประกาศสมาคมสมาคมนักเดินเรือแห่งประเทศไทยสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร

เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก รอบ 6 - 12 ประจำปี 2569

อาศัยอำนาจตามความในข้อบังคับสมาคมสมาคมนักเดินเรือแห่งประเทศไทยสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2569 ข้อ 51 (1) และมติที่ประชุมคณะกรรมการ สสอท. ชุดที่ 7 ครั้งที่ 3/2569 เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2569 จึงออกประกาศเพื่อเปิดรับสมัครสมาชิก สสอท. รอบ 6 - 12 ประจำปี 2569 ดังนี้

ข้อ 1 ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสมาคมสมาคมนักเดินเรือแห่งประเทศไทยสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิก สสอท. รอบ 6 - 12 ประจำปี 2569”

ข้อ 2 บรรดาประกาศ คำสั่ง หลักเกณฑ์ และวิธีการปฏิบัติอื่นใดที่กำหนดไว้แล้วในประกาศนี้ ซึ่งขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ข้อ 3 ผู้สมัครเป็นสมาชิก สสอท. ตามประกาศนี้จะต้องมีคุณสมบัติตามข้อ 4

ข้อ 4 คุณสมบัติของผู้สมัคร

4.1 สมาชิกสามัญ

4.1.1 เป็นสมาชิกสหกรณ์ทุกประเภทที่อยู่ในสังกัด กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ กองบัญชาการกองทัพไทย สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม และกระทรวงกลาโหม ซึ่งเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ พลอาสาสมัคร อาสาสมัครทหารพราน ทหารอาสา ข้าราชการพลเรือนกลาโหม หรือเจ้าหน้าที่สมาคมหรือเจ้าหน้าที่สหกรณ์

4.1.2 อายุไม่เกิน 55 ปี (ไม่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2514)

4.1.3 ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นบุคคลไร้ความสามารถ

4.1.4 มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรือสุขภาพแข็งแรง ณ วันสมัคร

4.2 สมาชิกวิสามัญ

4.2.1 เป็นบุคคลซึ่งเป็นบิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะ หรือพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน หรือพี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกันของสมาชิกสามัญ ตามข้อ 4.1.1

4.2.2 อายุไม่เกิน 55 ปี (ไม่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2514)

4.2.3 ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นบุคคลไร้ความสามารถ

4.2.4 มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรือสุขภาพแข็งแรง ณ วันสมัคร

ข้อ 5 ผู้สมัครสมาชิกวิสามัญสามารถสมัครเป็นสมาชิกพร้อมกับผู้สมัครสมาชิกสามัญได้ แต่จะได้รับสิทธิการพิจารณาเป็นสมาชิก เมื่อผู้สมัครสมาชิกสามัญ ผ่านการรับรองสิทธิจากคณะกรรมการเท่านั้น

ข้อ 6 เอกสารประกอบการสมัคร มีดังนี้

- 6.1 ใบสมัคร (สสอท.1) ***สีฟ้า** สำหรับสมาชิกสามัญ หรือใบสมัคร (สสอท.1/1) ***สีชมพู** สำหรับสมาชิกวิสามัญ
- 6.2 หนังสือแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ (สสอท.3) สำหรับสมาชิกสามัญ หรือ หนังสือแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ (สสอท.3/1) สำหรับสมาชิกวิสามัญ
- 6.3 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรเจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ของผู้สมัคร
- 6.4 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- 6.5 ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบัน ชั้น 1 (ตามแบบ สสอท.2 ที่แนบ โดยสามารถดาวน์โหลดได้จาก www.ca-comil.com) จาก **โรงพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลของรัฐพร้อมประทับตรา** (รายละเอียดตามข้อ 11) เท่านั้น
- 6.6 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรเจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ของผู้จัดการศพ และผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน
- 6.7 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้จัดการศพและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน
- 6.8 สำเนาเอกสารประกอบอื่น ๆ
 - 6.8.1 สำเนาทะเบียนสมรส กรณีผู้สมัครเป็นคู่สมรสของสมาชิกสามัญ หรือมอบเงินสงเคราะห์ให้คู่สมรส
 - 6.8.2 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อ หรือชื่อสกุล
 - 6.8.3 หนังสือรับรองของสหกรณ์ทหารต้นสังกัดที่มีได้เป็นศูนย์ประสานงานของ สสอท. พร้อมตราประทับของสหกรณ์ (สำหรับผู้สมัครสมาชิกสามัญ)
 - 6.8.4 หนังสือรับรองจากหน่วยงานทางการปกครอง หรือจากผู้บังคับบัญชาโดยตรงต้นสังกัดของผู้สมัคร ซึ่งมีชั้นยศตั้งแต่พันโทขึ้นไปเท่านั้น (แบบ สสอท.17 พร้อมตราประทับ) กรณีผู้จัดการศพ หรือผู้รับเงินสงเคราะห์เป็นผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ออกหนังสือรับรอง
- 6.9 สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก [ประเภทออมทรัพย์ สามารถใช้ได้ทุกธนาคารของผู้สมัคร](#) **กรณีถ้าไม่ใช่ของธนาคารทหารไทยธนชาติ จำกัด** ผู้สมัครจะต้องรับรองว่า “ข้าพเจ้ายินยอมให้หักค่าธรรมเนียมต่างธนาคารที่เกิดขึ้นในการโอนเงิน” พร้อมลง ชื่อ-สกุล

หมายเหตุ: สำเนาเอกสารทุกฉบับ เจ้าตัวจะต้องลงนามรับรองว่า “สำเนาถูกต้อง”

ข้อ 7 การสมัคร

- 7.1 การสมัครต้องกรอกข้อความในใบสมัครให้ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยผู้สมัครจะต้องยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารต่าง ๆ ตามข้อ 6 **ด้วยตนเอง** เท่านั้น และจะต้องบันทึกภาพระหว่างการลงนามผู้สมัครในใบสมัครต่อหน้าเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน จำนวน 1 ภาพที่สหกรณ์ต้นสังกัดของสมาชิกที่เป็นศูนย์ประสานงานของ สสอท. (หากตรวจพบ หรือปรากฏในภายหลังมิได้สมัครด้วยตนเอง จะต้องพ้นสมาชิกภาพทันทีและไม่ได้รับสิทธิใด ๆ ทั้งสิ้น)

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

7.2 ตารางการสมัครสมาชิก การเก็บเงินค่าสมัคร, เงินค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

รอบ	เดือนที่สมัคร	ไม่เกิด ก่อน พ.ศ.	วันที่รับสมัคร	จำนวนเงินที่เรียกเก็บกับผู้สมัครสมาชิก			รวมเป็นเงิน (บาท)	วันที่รับสิทธิ์ เวลา 09.00 น. เป็นต้นไป
				ค่าสมัคร (บาท)	ค่าบำรุง (บาท)	เงินสงเคราะห์ ล่วงหน้า (บาท)		
6/2569	เมษายน 69	2514	1-24 เม.ย. 69	100.00	50.00	4,300.00	4,450.00	1 มิ.ย. 69
7/2569	พฤษภาคม 69	2514	5-25 พ.ค. 69	100.00	50.00	3,900.00	4,050.00	1 ก.ค. 69
8/2569	มิถุนายน 69	2514	2-25 มิ.ย. 69	100.00	50.00	3,500.00	3,650.00	1 ส.ค. 69
9/2569	กรกฎาคม 69	2514	1-24 ก.ค. 69	100.00	50.00	3,100.00	3,250.00	1 ก.ย. 69
10/2569	สิงหาคม 69	2514	3-25 ส.ค. 69	100.00	50.00	2,700.00	2,850.00	1 ต.ค. 69
11/2569	กันยายน 69	2514	1-24 ก.ย. 69	100.00	50.00	2,300.00	2,450.00	1 พ.ย. 69
12/2569	ตุลาคม 69	2514	1-22 ต.ค. 69	100.00	50.00	1,900.00	2,050.00	1 ธ.ค. 69

หมายเหตุ กรณีมาสมัครที่ สสอท. ไม่รับชำระเป็นเงินสด สามารถชำระผ่าน Mobile Banking ได้ทุกธนาคารโดยการสแกน QR Code

ข้อ 8 ผู้สมัครที่เคยเป็นสมาชิก สสอท. แต่พ้นจากสมาชิกภาพไปแล้ว ถ้ามาสมัครใหม่จะต้องชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าค้างจ่ายเพิ่มเติมจากข้อ 7.2

ข้อ 9 แบบฟอร์มต่าง ๆ ที่ใช้ในการสมัครต้องเป็นไปตามที่สมาคมกำหนด โดยรับได้จากสหกรณ์ต้นสังกัดที่เป็นศูนย์ประสานงานของ สสอท. เมื่อประสงค์ที่จะสมัคร และต้องลงนามผู้สมัครในใบสมัครต่อหน้าเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ข้อ 10 ผู้ออกใบรับรองแพทย์ตาม ข้อ 6.5 ต้องเป็นแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของโรงพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น

ข้อ 11 แพทย์ผู้ออกใบรับรองแพทย์ จะต้องรับรองว่า ขณะตรวจร่างกายผู้ประสงค์จะสมัครเข้าเป็นสมาชิก สสอท. ตามประกาศนี้ โดยระบุว่า **“สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรือสุขภาพแข็งแรง”**

ใบรับรองแพทย์ ที่แพทย์ออกให้ตามวรรคหนึ่ง **จะต้องมีตราประทับของโรงพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลของรัฐนั้น ๆ** โดยให้มีผลบังคับใช้ได้ **ไม่เกิน 30 วัน** นับแต่วันที่ได้มีการตรวจร่างกาย **ถึงวันที่สมัคร**

ข้อ 12 ผู้ใดแสดงข้อความอันเป็นเท็จเกี่ยวกับคุณสมบัติและหรือ เอกสารใด ๆ ประกอบการสมัครตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ เพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิในการสมัครเป็นสมาชิก สสอท. ของบุคคลนั้น ให้ตกเป็นโมฆะและไม่ได้รับสิทธิ์สงเคราะห์ตามข้อบังคับ สสอท. หมวด 5 ข้อ 16 ทุกกรณี

ข้อ 13 คณะกรรมการ สสอท. พิจารณาและรับรองผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ให้ได้รับสิทธิ์สงเคราะห์ โดยจะประกาศให้ทราบผ่านศูนย์ประสานงานที่รับสมัคร สำหรับผู้ที่สมัครโดยตรง ณ สำนักงานสามารถติดตามผลทาง www.ca-comil.com หรือสอบถามผ่านทางไลน์ ID: ewm9605s

กรณีผู้สมัครไม่ผ่าน ทาง สสอท. จะไม่ส่งคืนเงินค่าสมัคร และเอกสารประกอบการสมัครทุกฉบับของผู้สมัครที่ สสอท. ไม่รับเข้าเป็นสมาชิก แต่จะส่งคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินค่าบำรุงรายปี

ตารางรายละเอียดการดำเนินงานการรับสมัครสมาชิก สสอท. รอบ 6 - 12 ประจำปี 2569

ลำดับ	รอบ	วันที่รับสมัคร	คณะกรรมการพิจารณา คุณสมบัติสมาชิก	วันที่รับสิทธิ์ เวลา 09.00 น. เป็นต้นไป	คืนเงินกรณีผู้สมัครไม่ผ่าน
1	6/2569	1-24 เม.ย. 69	25-31 พ.ค. 69	1 มิ.ย. 69	ภายใน 18 มิ.ย. 69
2	7/2569	5-25 พ.ค. 69	22-30 มิ.ย. 69	1 ก.ค. 69	ภายใน 17 ก.ค. 69
3	8/2569	2-25 มิ.ย. 69	22-31 ก.ค. 69	1 ส.ค. 69	ภายใน 18 ส.ค. 69
4	9/2569	1-24 ก.ค. 69	24-31 ส.ค. 69	1 ก.ย. 69	ภายใน 17 ก.ย. 69
5	10/2569	3-25 ส.ค. 69	23-30 ก.ย. 69	1 ต.ค. 69	ภายใน 16 ต.ค. 69
6	11/2569	1-24 ก.ย. 69	22-31 ต.ค. 69	1 พ.ย. 69	ภายใน 17 พ.ย. 69
7	12/2569	1-22 ต.ค. 69	23-30 พ.ย. 69	1 ธ.ค. 69	ภายใน 17 ธ.ค. 69

ข้อ 14 กรณีที่มีการตีความหรือวินิจฉัยชี้ขาดการรับสมัครเข้าเป็นสมาชิก ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการ สสอท. ตามข้อบังคับฯ และถือเป็นอันสิ้นสุด

ข้อ 15 ให้นายก สสอท. รักษาการตามประกาศนี้
จึงประกาศมาให้ทราบ และถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด

ประกาศ ณ วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2569

พลเอก



(วิชา ไผ่เกาะ)

นายกสมาคม

ฅาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร



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 เป็นผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรือสุขภาพแข็งแรง อื่น ๆ (เพิ่มเติม)

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

หมายเหตุ (1) ทำเครื่องหมาย ในช่อง ที่เป็นจริง

(2) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(3) ให้สรุปความเห็นว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง หรือ สุขภาพสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



ประทับตรา
 โรงพยาบาลรัฐ /
 สถานพยาบาลรัฐ