



กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

339/9 ถ.ศรีเทพ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000 โทรศัพท์ 0 4151 5793 โทรสาร ต่อ 12

WWW.ESAN-FUND.COM

ที่ กสอ.5/2562

24 มิถุนายน 2562

เรื่อง เรียนเชิญชวนเข้าร่วมเป็นศูนย์ประสานงานกองทุนฯ

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. ใบสมัครสมาชิกกองทุน	จำนวน	1	ชุด
	2. เอกสารประชาสัมพันธ์การสมัครสมาชิกกองทุนฯ	จำนวน	1	ฉบับ
	3. ใบตอบรับเข้าร่วมเป็นศูนย์ประสานงานกองทุนฯ	จำนวน	1	ฉบับ
	4. ประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนฯ	จำนวน	1	ฉบับ
	5. ระเบียบว่าด้วย ศูนย์ประสานงาน	จำนวน	1	ชุด

ตามที่ได้มีการรวมตัวของสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดตั้งกองทุนสวัสดิการ ในชื่อ “กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ” ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง คือ

1. เพื่อจัดหาสวัสดิการแก่ครอบครัวของสมาชิกซึ่งถึงแก่ความตาย โดยมีได้ประสงค์จะแสวงหากำไรหรือรายได้เพื่อแบ่งปันกัน
2. เพื่อเป็นการรวมตัวของสมาชิกออมทรัพย์สาธารณสุขในภาคอีสาน ในการจัดหาสวัสดิการเพื่อแบ่งเบากภาระของผู้ค้าประกันและทายาทของสมาชิก

ซึ่งมีคณะกรรมการบริการกองทุน ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ที่แนบเรียนมาพร้อมนี้

ดังนั้น กองทุนฯ จึงขอเรียนเชิญสหกรณ์ของท่านเข้าร่วมเป็นศูนย์ประสานงานกองทุนฯ เพื่อดำเนินการรับสมัครสมาชิกและดำเนินการอื่นใดตามที่กำหนดในระเบียบว่าด้วยศูนย์ประสานงานฯ ตามที่แนบเรียนมาพร้อมหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายดาบชัย โพธิ์สุวรรณ)

ประธานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่องเอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 7. กรณีสมาชิกสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้ายหรือใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด

เลขประจำตัวสมาชิก.



ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ / สมทบ

กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. คู่สมรสชื่อ.....

(1) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียนที่.....

สมทบสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียนที่.....

(2) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

(4) การชำระเงิน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรก

ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 100 บาท

เงินค่าเบี้ยประกันชีวิต..... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน..... บาท (.....)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินค่าเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดที่ศูนย์ประสานงานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน (สหกรณ์ต้นสังกัด)

ชำระเงินเข้าบัญชีกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน เลขที่บัญชี.....

ชำระจากการหักเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุนสาธารณสุขภาคอีสานแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขของกองทุนฯทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินเบี้ยประกันชีวิต ตามข้อบังคับ และระเบียบกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ประกาศ เรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

เสนอ

- เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน
- ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

คำสั่ง

- อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ได้

ทำการสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย /นาง /นางสาว.....อายุ.....ปี

ปรากฏว่า นาย /นาง /นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบและปราศจาก
ประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- (1) โรคเมเร็งทุกชนิด ทุกระยะ
- (2) โรคหัวใจ
- (3) โรคฉี่หนูในระยยะอันตราย
- (4) โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ () สุขภาพแข็งแรง

() อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) แพทย์สรุปความว่าเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรืออื่น ๆ ระบุโรค.....

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(4) หากพบว่าเป็นโรค ตาม (1) – (5) หรือโรคอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน จะไม่รับเป็นสมาชิก

(5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก

เรียน ประธานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ ตาม (1) – (5) หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้ว และเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 2/2562

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิก)

(.....)ตัวบรรจง



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ

กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

สมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน เลขทะเบียนที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่าหรือหม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสวัสดิการ โดยให้กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน จ่ายให้กับบุคคล
ดังต่อไปนี้

2.1เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.2เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.3เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.4เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.5เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน

อื่น ๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ กองทุนฯ

(.....)



หนังสือยินยอมและมอบอำนาจรับเงินสวัสดิการ

กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัว

ประชาชนเลขที่ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่

ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

พร้อมผู้ลงนามยินยอมและมอบอำนาจทำหนังสือนี้ ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์.....

เป็นผู้รับเงินกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน แทนข้าพเจ้า เพื่อนำเงินดังกล่าวไปชำระหนี้ของ.....

ที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด จนแล้วเสร็จ และดำเนินการประสานงาน

กับกองทุนสาธารณสุขภาคอีสานแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้า/คณะ ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....) (.....)

บัตรประชาชน.เลขที่..... บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....) (.....)

บัตรประชาชน.เลขที่..... บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้ยินยอมและมอบอำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ).....พยาน(ผู้สมัคร) (ลงชื่อ).....พยาน
(.....) (.....)



กองทุนสาธารณสุขอีสาน

รับสมัคร

สมาชิกอายุไม่เกิน 70 ปี

เดือน กรกฎาคม 2562

เพียง 1,380.00 บาท

ทุนประกัน

1,000,000

หลักฐานการสมัคร

- 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 7. กรณีสมาชิกสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้าย หรือใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด

สมัครได้ที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตารางเรียกเก็บเบี้ยประกันชีวิต ปี 2562

กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

ลำดับ	เดือนที่รับสมัคร	วันที่ส่งสมัครกองทุน	วันเริ่มเป็นสมาชิก	วันเริ่มคุ้มครอง	รายละเอียดการชำระเงินค่าสมัคร		
					ค่าสมัครแรกเข้า	เบี้ยประกัน	รวมเงิน
1	1-25 ธค. 2561	26-31 ธค. 2561	1 มกราคม. 2562	1 กรกฎาคม 2562	100.00	2,900.00	3,000.00
2	1-25 มค. 2562	28-31 มค. 2562	1 กุมภาพันธ์. 2562	1 สิงหาคม 2562	100.00	2,670.00	2,770.00
3	1-25 กพ. 2562	25-28 กพ. 2562	1 มีนาคม. 2562	1 กันยายน 2562	100.00	2,440.00	2,540.00
4	1-25 มีค. 2562	25-29 มีค. 2562	1 เมษายน. 2562	1 ตุลาคม 2562	100.00	2,200.00	2,300.00
5	1-25 เมย. 2562	25-30 เมย. 2562	1 พฤษภาคม 2562	1 พฤศจิกายน 2562	100.00	1,980.00	2,080.00
6	1-25 พค. 2562	25-31 พค. 2562	1 มิถุนายน 2562	1 ธันวาคม 2562	100.00	1,740.00	1,840.00
7	1-25 มิย. 2562	25-28 มิย. 2562	1 กรกฎาคม 2562	1 มกราคม. 2563	100.00	1,510.00	1,610.00
8	1-25 กค. 2562	25-31 กค. 2562	1 สิงหาคม 2562	1 กุมภาพันธ์. 2563	100.00	1,280.00	1,380.00
9	1-25 สค. 2562	26-30 สค. 2562	1 กันยายน 2562	1 มีนาคม. 2563	100.00	1,040.00	1,140.00
10	1-25 กย. 2562	25-30 กย. 2562	1 ตุลาคม 2562	1 เมษายน. 2563	100.00	810.00	910.00
11	1-25 ตค. 2562	25-31 ตค. 2562	1 พฤศจิกายน 2562	1 พฤษภาคม 2563	100.00	570.00	670.00
12	1-25 พย. 2562	25-29 พย. 2562	1 ธันวาคม 2562	1 มิถุนายน 2563	100.00	340.00	440.00

หมายเหตุ

1. เงินคงสภาพ ปี 2563 สมาชิกรายเก่าเรียกเก็บคนละ 2,900 บาท

2. สมาชิกที่มาสมัครตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 เป็นต้นไปให้เรียกเก็บเงินคงสภาพปี 2563 ด้วย



กองทุนสาธารณสุขอีสาน ตั้งอยู่ที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด
339/9 ถนนศรีเทพ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000



ใบตอบรับเข้าร่วมเป็นศูนย์ประสานงานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

ที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ตอบรับเป็นศูนย์ประสานงานกองทุนฯ

เรียน คณะกรรมการกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด โดยที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ
ชุดที่.....ในการประชุมครั้งที่...../.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... มีมติให้สหกรณ์ฯตอบรับ
การเป็นศูนย์ประสานงานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ตามรายละเอียด ดังนี้

1. ชื่อศูนย์ประสานงาน สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด
2. ที่อยู่.....
3. โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

เว็บไซต์ www.....

4. ประธานกรรมการประจำศูนย์ประสานงาน.....มือถือ.....
5. คณะกรรมการประจำศูนย์ประสานงาน

- | | |
|---------|---------|
| 1..... | 2..... |
| 3..... | 4..... |
| 5..... | 6..... |
| 7..... | 8..... |
| 9..... | 10..... |
| 11..... | 12..... |

6. ผู้จัดการประจำศูนย์ประสานงาน.....มือถือ.....
7. เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ประสานงาน.....มือถือ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)



ประกาศกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

ที่ 2/2562

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

อาศัยอำนาจตามความในข้อบังคับของกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน หมวด 9 คณะกรรมการ ข้อ 27 ความว่า “คณะกรรมการผู้ดำเนินการของกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน มีจำนวนไม่น้อยกว่า 7 คน และไม่เกิน 25 คน โดยเลือกกันเองให้ดำรงตำแหน่งประธานกรรมการ รองประธานกรรมการ เหนรัญญิก เลขานุการ ผู้ช่วยเลขานุการ นอกนั้นเป็นกรรมการของกองทุนฯ” โดยมติที่ประชุม ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 3 พฤษภาคม 2562 ให้แต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ประกอบด้วย

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ตำแหน่ง/สหกรณ์ต้นสังกัด
1. นายดาบชัย โปธิ์สุวรรณ	ประธานกรรมการ	ประธาน สอ.สสจ.นครพนม จำกัด
2. นายปัญญา พละศักดิ์	รองประธานกรรมการ คนที่ 1	ประธาน สอ.สสจ.ศรีสะเกษ จำกัด
3. นายอุบล รัตนพันธ์	รองประธานกรรมการ คนที่ 2	ประธาน สอ.สสจ.ร้อยเอ็ด จำกัด
4. นายชำนาญ มีมูล	รองประธานกรรมการ คนที่ 3	ประธาน สอ.สสจ.เลย จำกัด
5. นายเสมอเทพ ศรีทาสร้อย	รองประธานกรรมการ คนที่ 4	ประธาน สอ.สสจ.อุดรธานี จำกัด
6. นพ.พิทักษ์พงษ์ จันทรแดง	รองประธานกรรมการ คนที่ 5	ประธาน สอ.สสจ.อุบลราชธานี จำกัด
7. นายศุภรัฐ พูนกล้า	รองประธานกรรมการ คนที่ 6	ประธาน สอ.อนามัยสุรินทร์จำกัด
8. นายชวิทย์ ธานี	กรรมการ	รองประธาน สอ.สสจ.อุบลราชธานี จำกัด
9. ดร.ทพ.นพรัตน์ เหลือลั่นนิธิศ	กรรมการ	รองประธาน สอ.อนามัยสุรินทร์ จำกัด
10. นายสฤชดี สาระไทย	กรรมการ	ประธาน สอ.รพ.อำนาจเจริญ จำกัด
11. นายจักรพงษ์ เสาร์ทอง	กรรมการ/เหนรัญญิก	ประธาน สอ.สสจ.ยโสธร จำกัด
12. นายศิริพงษ์ ศิริอมรพรรณ	กรรมการและผู้ช่วยเหนรัญญิก	รองประธาน สอ.สสจ.ร้อยเอ็ด จำกัด
13. นายไมตรี แก้วมงคล	กรรมการและเลขานุการ	ประธาน สอ.สสจ.อำนาจเจริญ จำกัด
14. นายอิทธิพล พิมพ์บุตร	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	กรรมการสอ.สสจ.อำนาจเจริญ จำกัด
15. นายบัวทอง เอกศิริ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	ผู้จัดการ สอ.สสจ.ศรีสะเกษ จำกัด

ให้คณะกรรมการกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ดำเนินงานและการบริหารจัดการ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่กองทุนและสมาชิกตามข้อบังคับและระเบียบของกองทุนฯ และพิจารณาให้สวัสดิการแก่สมาชิกกองทุนฯ เป็นเงินหนึ่งล้านบาท เพื่อเป็นหลักประกันของสมาชิกสหกรณ์

ประกาศ ณ วันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2562

(นายดาบชัย โปธิ์สุวรรณ)

ประธานกรรมการกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน



ระเบียบกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน
ว่าด้วย ศูนย์ประสานงาน กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน พ.ศ.2562

เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติและบรรลุวัตถุประสงค์ตามข้อบังคับกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน พ.ศ. 2562 ข้อ 5 ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ มีมติในการประชุม ครั้งที่ 2/2562 เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ.2562เห็นชอบให้กำหนดระเบียบกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ว่าด้วย ศูนย์ประสานงานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน พ.ศ.2562 ดังนี้

ข้อ 1. ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน ว่าด้วย ศูนย์ประสานงาน กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน พ.ศ.2562 ”

ข้อ 2. ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2562 เป็นต้นไป

ข้อ 3. ในระเบียบนี้

“กองทุน” หมายความว่ากองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

“คณะกรรมการ” หมายถึง คณะกรรมการกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

“ประธานกรรมการ” หมายถึง ประธานกรรมการกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

“กรรมการ” หมายถึง กรรมการกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

“สมาชิก” หมายถึง สมาชิกกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

“เงินค่าสมัคร” หมายถึงเงินซึ่งเรียกเก็บจากผู้ซึ่งสมัครเข้าเป็นสมาชิกของกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

“เงินค่าเบี้ยประกันชีวิต” หมายถึงเงินที่กองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน เรียกเก็บจากสมาชิกประจำปี เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันชีวิตกับบริษัทประกันชีวิต ตามที่คณะกรรมการของกองทุนเห็นชอบโดยยึดถือผลประโยชน์สูงสุดของสมาชิกเป็นสำคัญ

“ศูนย์ประสานงาน” หมายถึงศูนย์ประสานงานกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน

“ ประธานศูนย์ประสานงาน” หมายถึงประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์หรือผู้ได้รับมอบหมายที่กองทุนแต่งตั้งให้เป็นประธานศูนย์ประสานงาน

“คณะกรรมการศูนย์ประสานงาน” หมายถึงบุคคลที่กองทุนแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

“ผู้จัดการศูนย์ประสานงาน” หมายถึง ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์หรือผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้จัดการ ที่ศูนย์ประสานงานแต่งตั้งให้เป็นผู้จัดการศูนย์ประสานงาน

“เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน” หมายถึง บุคคลผู้ที่คณะกรรมการดำเนินการกองทุน แต่งตั้งให้เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

“เงินค่าบริหารจัดการศูนย์ประสานงาน” หมายถึง เงินที่กองทุนกำหนดให้ศูนย์ประสานงานสามารถหักเงินจากค่าเบี้ยประกันชีวิตที่สมาชิกชำระผ่านศูนย์ประสานงาน เป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการศูนย์ จำนวนร้อยละหกของเงินค่าเบี้ยประกันชีวิตที่สมาชิกชำระผ่านศูนย์

ข้อ 4. คณะกรรมการศูนย์ประสานงาน ประกอบด้วย คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ จำนวน ไม่น้อยกว่า 7 คน เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์ ไม่น้อยกว่า 1 คน กรรมการกองทุนที่ได้รับมอบหมายไม่น้อยกว่า 1 คน รวมทั้งสิ้นไม่เกิน 15 คน และให้มีตำแหน่งประธานกรรมการศูนย์ประสานงาน รองประธานกรรมการ เลขานุการ และ ทรัพย์สินนอกนั้นเป็นกรรมการ โดยคณะกรรมการศูนย์ประสานงานที่มาจากศูนย์ประสานงาน ต้องได้รับการเสนอชื่อจาก ศูนย์ประสานงานให้กองทุนแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

คณะกรรมการศูนย์ประสานงาน ให้มีวาระการดำรงตำแหน่งเท่ากับวาระของคณะกรรมการ ดำเนินการตามสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด

ข้อ 5. ให้คณะกรรมการศูนย์ประสานงาน มีบทบาทและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- 5.1 ช่วยอำนวยความสะดวกในการรับสมัครสมาชิกกองทุน ให้เป็นไปตามข้อบังคับของกองทุน
- 5.2 ดำเนินการประชาสัมพันธ์ในการรับสมัครสมาชิกกองทุน ตามประกาศหรือหลักเกณฑ์ที่กองทุน

กำหนด

- 5.3 ช่วยเหลือในการรับเงินค่าสมัคร และเงินค่าเบี้ยประกันจากสมาชิก
- 5.4 แต่งตั้งบุคคลเป็นผู้จัดการศูนย์ประสานงาน เพื่อกำกับดูแลและช่วยเหลืองานของศูนย์

ประสานงาน

- 5.5 แต่งตั้งบุคคลเป็นเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน เพื่อช่วยเหลืองานของศูนย์ประสานงาน

ข้อ 6. เงินค่าบริหารจัดการศูนย์ประสานงาน ให้ศูนย์ประสานงานกองทุน มีสิทธิในการหักเงินจากค่าเบี้ยประกัน ชีวิตที่สมาชิกชำระเงินแก่กองทุน ผ่านศูนย์ประสานงาน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการศูนย์ จำนวนร้อยละหกของ เงินค่าเบี้ยประกันชีวิตที่สมาชิกชำระผ่านศูนย์ทั้งหมดตามรอบการนำส่งเงินแก่กองทุนของศูนย์ประสานงานและเงินค่า บริหารจัดการศูนย์ ควรใช้จ่าย ดังนี้

- 6.1 ควรใช้เป็นค่าตอบแทนการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน
- 6.2 ควรใช้เป็นค่าตอบแทนการปฏิบัติงานแก่คณะกรรมการศูนย์ประสานงาน
- 6.3 ควรใช้เป็นเงินสนับสนุนกิจกรรมและสวัสดิการแก่สหกรณ์หรือแก่คณะกรรมการและฝ่ายจัดการของ

สหกรณ์ออมทรัพย์ศูนย์ประสานงาน ทั้งนี้ การใช้จ่ายเงินตามข้อ 6.3 ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการศูนย์ ประสานงาน

ข้อ 7. ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้ ให้คณะกรรมการกองทุน มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดและ ให้คำวินิจฉัยของคณะกรรมการถือเป็นที่สุด

ข้อ 8. ให้ประธานกรรมการ รักษาการให้เป็นไปตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2562



(นายดาบชัย โพธิ์สุวรรณ)

ประธานกรรมการกองทุนสาธารณสุขภาคอีสาน