

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๑๓.๐๑/ว ๙๕๓๔



สถาบันพระบรมราชชนก
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอส่งสำเนาหนังสือ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยทุกแห่งในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๔/ว ๗๕๑
ลงวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๐ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันพระบรมราชชนก ขอส่งสำเนาหนังสือกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด
ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๔/ว ๗๕๑ ลงวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๐ เรื่อง แก้ไขข้อบังคับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพพนักงานกระทรวง
สาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว พ.ศ. ๒๕๕๙ และแบบฟอร์มเกี่ยวกับกองทุน รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

กลุ่มอำนวยการ

กลุ่มงานบริหารงานบุคคล

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๑๙

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๑๗

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๔/ว ๕๖๖



กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง แก้อำนาจข้อยกเว้นการชำระเงินสำหรับพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว พ.ศ. ๒๕๕๔ และแบบฟอร์มเกี่ยวกับกองทุน

เรียน อธิบดีทุกกรม/ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข/ผู้อำนวยการสำนักและหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/ ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก/ผู้อำนวยการวิทยาลัยทุกแห่ง

อ้างถึง หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๓๑๐/ว ๗๓๓ ลงวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ข้อยกเว้นการชำระเงินสำหรับพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว (ฉบับแก้ไข) หน้า ๖, ๗ และ ๑๗ จำนวน ๒ ฉบับ
๒. แบบฟอร์ม พกส.๐๐๑, พกส.๐๐๓, พกส.๐๐๔ และ Bill Payment จำนวน ๔ ฉบับ

ด้วยคณะกรรมการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ และครั้งที่ ๓/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ มีมติ ดังนี้

๑. แก้อำนาจข้อยกเว้นการชำระเงินสำหรับพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว พ.ศ. ๒๕๕๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ดังนี้

๑.๑ หมวด ๔ ข้อ ๔.๑ ค่าใช้จ่ายกองทุน โดยให้เพิ่มเติมข้อความ “(๑๖) ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จำเป็นอันเกี่ยวกับการดำเนินการกองทุนให้จ่ายได้ตามที่จ่ายจริง”

๑.๒ หมวด ๒ คำนิยาม ข้อ ๒.๓๑ “อายุสมาชิกภาพ” หมายความว่า ถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่วันที่แรกที่เป็นสมาชิกกองทุนจนถึงวันที่สิ้นสมาชิกภาพ โดยให้เพิ่มเติมข้อความ “สมาชิกที่ลาออกจากนายจ้างเดิมและเข้าทำงานกับนายจ้างที่อยู่ภายใต้กองทุนนี้ และมีวันทำงานต่อเนื่องกันให้นับอายุสมาชิกภาพต่อเนื่อง”

๑.๓ หมวด ๓ ข้อ ๓.๓ สมาชิกภาพ จะสิ้นสุดเมื่อ (๗) ลาออกจากงาน โดยให้เพิ่มเติมข้อความ “ยกเว้นกรณี สมาชิกที่ลาออกจากนายจ้างเดิมและเข้าทำงานกับนายจ้างที่อยู่ภายใต้กองทุนนี้ และมีวันทำงานต่อเนื่องกันให้นับอายุสมาชิกภาพต่อเนื่อง”

รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

๒. แก้อำนาจแบบฟอร์มต่าง ๆ ดังนี้

๒.๑ พกส.๐๐๑ ใบสมัครสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

๒.๒ พกส.๐๐๓ แบบแจ้งการนำส่งเงินเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

๒.๓ พกส.๐๐๔ แบบแจ้งการสิ้นสุดสมาชิกภาพ

๒.๔ ใบนำฝากเงิน Bill Payment

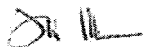
เพื่อให้เกิดความชัดเจน และถูกต้อง รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

กระทรวง...

กระทรวงสาธารณสุข ขอให้ส่วนราชการและหน่วยงานดำเนินการตามข้อบังคับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจัดทะเบียนแล้ว และที่แก้ไขเพิ่มเติม อีกทั้งแบบฟอร์มต่าง ๆ เกี่ยวกับกองทุนตามข้อ ๒ ให้เริ่มใช้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป แทนแบบฟอร์มเดิมของหนังสือที่อ้างถึง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือปฏิบัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นางพรอมพิมล รติธากกร)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๒๐๘๑-๒

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๒๐๘๑

หมายเหตุ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักหนังสือแจ้งเวียน โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
สถานีอนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ทุกแห่ง
สิ่งที่ส่งมาด้วยสามารถดาวน์โหลดตาม QR code หรือ Short link



<https://goo.gl/Au2wts>

ข้อ ๒.๓๐ “หน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยให้หมายรวมถึงสถานศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีรายได้จากการผลิต ศึกษา ฝึกอบรม และการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข

*ข้อ ๒.๓๑ “อายุสมาชิกภาพ” หมายความว่า ระยะเวลา นับตั้งแต่วันที่ เป็นสมาชิกกองทุน จนถึงวันที่ สิ้นสมาชิกภาพ

สมาชิกที่ลาออกจากนายจ้างเดิมและเข้าทำงานกับนายจ้างที่อยู่ภายใต้กองทุนนี้ และมีวันทำงานต่อเนื่องกันให้นับอายุสมาชิกภาพต่อเนื่อง

ข้อ ๒.๓๒ “อายุงาน” หมายความว่า ระยะเวลาการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข โดยนับตั้งแต่วันที่ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขเข้าทำงานกับส่วนราชการจนถึงวันที่ พ้นจากการทำงาน

หมวด ๓

สมาชิกภาพของสมาชิก

ข้อ ๓.๑ คุณสมบัติของสมาชิก

พนักงานกระทรวงสาธารณสุขมีสิทธิสมัครเข้าเป็นสมาชิกตั้งแต่วันที่ ได้รับการจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๓.๒ การเข้าเป็นสมาชิกกองทุน

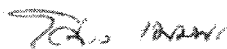
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข สามารถสมัครเข้าเป็นสมาชิกได้ โดยแจ้งความจำนงค์ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตามแบบฟอร์มที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด โดยต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนและมีผลในวันที่ได้รับอนุมัติ

พนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกและส่วนราชการผู้จ่ายค่าจ้างได้ลงทะเบียนรับก่อนวันที่ ๑๕ ของเดือนใด สิทธิในการส่งเงินเข้ากองทุนให้เริ่มในงวดเดือนนั้น ส่วนผู้ที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกและส่วนราชการผู้จ่ายค่าจ้างได้ลงทะเบียนรับตั้งแต่วันที่ ๑๕ ของเดือน สิทธิในการส่งเงินเข้ากองทุนให้เริ่มในงวดเดือนถัดไป

ในกรณีที่สมาชิกกองทุนลาออกจากกองทุนโดยไม่ลาออกจากงาน สมาชิกผู้นั้นไม่สามารถสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนได้อีก

*ข้อ ๓.๓ สมาชิกภาพ จะสิ้นสุดเมื่อ

- (๑) ครบกำหนดสัญญาจ้าง
- (๒) สิ้นปีงบประมาณที่อายุครบหกสิบปี หรือขาดคุณสมบัติ หรือมีลักษณะต้องห้ามตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม
- (๓) ตาย
- (๔) ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม
- (๕) ถูกปลดออก หรือไล่ออก เฉพาะกระทำผิดวินัยอย่างร้ายแรง
- (๖) เลิกจ้างเนื่องจากหน่วยบริการเสร็จสิ้นภารกิจ (และฐานะทางการเงินของหน่วยบริการ)



(นายโสภณ เมฆธน)

กรรมการกองทุนผู้มีอำนาจลงนาม

* แก้ไขตามมติที่ประชุมคณะกรรมการกองทุน ครั้งที่ ๓/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๐

ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่

26 ก. ย. 2560

เป็นต้นไป

(๗) ลาออกจากงาน ยกเว้นกรณี สมาชิกที่ลาออกจากรายงานจ้างเดิมและเข้าทำงานกับ นายจ้างที่อยู่ภายใต้กองทุนนี้ และมีวันทำงานต่อเนื่องกันให้นับอายุสมาชิกต่อเนื่อง

(๘) ลาออกจากกองทุนโดยไม่ออกจากงาน

(๙) นายจ้างถอนตัวออกจากการเป็นนายจ้างในกองทุน

(๑๐) กองทุนเล็ก

ข้อ ๓.๔ สิทธิและหน้าที่ของสมาชิก

สมาชิกมีสิทธิและหน้าที่ของสมาชิก มีดังนี้

(๑) ต้องปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ โดยลงนามรับทราบข้อมูลปรากฏในข้อบังคับกองทุน และไม่กระทำการใดๆ ที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่กองทุน

(๒) ยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินสะสมส่วนของตนจากค่าจ้าง ส่งเข้ากองทุนทุกครั้งที่มีการจ่ายค่าจ้างตามอัตราที่กำหนดในข้อบังคับนี้

(๓) มีสิทธิได้รับเงินสะสมและผลประโยชน์ของเงินสะสมเมื่อสิ้นสมาชิกภาพไม่ว่าด้วยกรณีใดๆ

(๔) มีสิทธิได้รับเงินสมทบและผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินสมทบตามที่กำหนดไว้ในหมวด ๗

(๕) มีสิทธิเข้าร่วมประชุมใหญ่สมาชิกขอเข้าชื่อเปิดประชุมวิสามัญ ตลอดจนออกเสียงลงคะแนนใดๆ ตามข้อกำหนดในข้อบังคับนี้

(๖) มีสิทธิตรวจสอบข้อบังคับกองทุน บัญชีและเอกสารของกองทุน ณ ที่ตั้งสำนักงานกองทุนได้ ในเวลาเปิดทำการ

(๗) มีสิทธิระบุและเปลี่ยนแปลงชื่อผู้รับประโยชน์โดยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรต่อ คณะกรรมการกองทุน

(๘) มีสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

หมวด ๔

คณะกรรมการกองทุน

ข้อ ๔.๑ คณะกรรมการกองทุน

คณะกรรมการกองทุน มีจำนวนทั้งสิ้น ๑๗ คน ประกอบด้วย

- กรรมการกองทุนฝ่ายนายจ้าง จำนวน ๙ คน
- กรรมการกองทุนฝ่ายสมาชิก จำนวน ๘ คน

ข้อ ๔.๒ คณะกรรมการกองทุนฝ่ายนายจ้าง

มาจากตัวแทนของส่วนราชการ และเป็นบุคคลที่ส่วนราชการแต่งตั้ง ดังนี้

- (๑) กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑ คน
- (๒) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒ คน
- (๓) กรมการแพทย์ จำนวน ๑ คน
- (๔) กรมควบคุมโรค จำนวน ๑ คน

(นายโสภณ เมฆธน)

กรรมการกองทุนผู้มีอำนาจลงนาม

* แก้ไขตามมติที่ประชุมคณะกรรมการกองทุน ครั้งที่ ๓/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๐

ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่

26 ก.ย. 2560

เป็นต้นไป

ประกาศกำหนด และจะต้องเสนองบดุลพร้อมด้วยรายงานการสอบบัญชีของผู้สอบบัญชีต่อที่ประชุมใหญ่ ภายใน ๑๕๐ วัน นับแต่วันสิ้นรอบระยะเวลาบัญชีกองทุน และเมื่อที่ประชุมใหญ่รับรองงบดุลแล้ว ให้ส่งสำเนาหนึ่งชุดให้แก่ฝ่ายทะเบียนภายใน ๑๕๐ วัน นับแต่วันสิ้นรอบระยะเวลาบัญชีกองทุน และต้องแสดงไว้ที่สำนักงานกองทุนและเพื่อให้สมาชิกตรวจสอบได้ด้วย

(๒) เงินดอกผลหรือผลประโยชน์ใดที่เกิดขึ้นจากเงินกองทุนของสมาชิกให้นำดอกผลหรือผลประโยชน์นั้นรวมเข้ากับเงินกองทุนของสมาชิก เพื่อหาดอกผลหรือผลประโยชน์เพิ่มขึ้นต่อไป

หมวด ๙

ค่าใช้จ่ายกองทุน

*ข้อ ๙.๑ ค่าใช้จ่ายที่จ่ายจากกองทุน ได้แก่

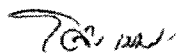
- (๑) ค่าธรรมเนียมในการจัดการกองทุนตามสัญญาระหว่างบริษัทจัดการและกองทุน
- (๒) ค่าธรรมเนียมผู้รับฝากทรัพย์สินและค่าธรรมเนียมในการรับรองความถูกต้องของมูลค่า

ทรัพย์สินสุทธิของกองทุน

- (๓) ค่าธรรมเนียมการจัดทำระบบทะเบียนสมาชิก
- (๔) ค่าธรรมเนียมผู้สอบบัญชี
- (๕) อาคารเสตมป์, ไปรษณีย์
- (๖) ค่าใช้จ่ายและค่าตอบแทนในการชำระบัญชี ในกรณีเลิกกองทุน
- (๗) ค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมใหญ่ / การประชุมอื่นที่จัดขึ้นตามข้อบังคับนี้
- (๘) ค่าใช้จ่ายในการจัดการทรัพย์สินตามมติที่ประชุมคณะกรรมการกองทุน
- (๙) ค่าใช้จ่ายในการวางทรัพย์สิน
- (๑๐) ค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายกำหนด
- (๑๑) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการติดตามทวงถามหรือการดำเนินการใดๆ ตามกฎหมาย

เพื่อการรับชำระหนี้ใดๆ ของกองทุนตามที่จ่ายจริง

- (๑๒) ค่าใช้จ่ายอื่นใดนอกจากนี้ จะต้องได้รับความยินยอมจากที่ประชุมสมาชิก
 - (๑๓) ค่าเสียหายหรือดอกเบี้ยที่กองทุนต้องชำระตามคำพิพากษาหรือคำสั่งศาล
 - (๑๔) ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากส่วนที่ชดเชยการขาดทุนจากการนำส่งเงินเกิน (ถ้ามี)
 - (๑๕) ค่าใช้จ่ายอื่นตามที่นายทะเบียนประกาศกำหนด
 - (๑๖) ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่จำเป็นอันเกี่ยวกับการดำเนินการกองทุนให้จ่ายได้ตามที่จ่ายจริง
- ทั้งนี้ ให้กระจายค่าใช้จ่ายที่จ่ายจากกองทุนตามวิธีการที่กฎหมายกำหนด



(นายโสภณ เมฆธน)

กรรมการกองทุนผู้มีอำนาจลงนาม

* แก้ไขตามมติที่ประชุมคณะกรรมการกองทุน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่

- ๕ มี.ย. ๒๕๖๐

เจ้าพนักงาน

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน คณะกรรมการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

ข้าพเจ้า ☐นาย / ☐นาง / ☐นางสาว / ☐ยศและฐานันดร

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี

หน่วยงานในสังกัด/หน่วยบริการ กรม จังหวัด.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์มือถือ เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

วัน/เดือน/ปีเกิด □□-□□-□□□□ วันที่/เดือน/ปีที่เข้าทำงาน □□-□□-□□□□

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว โดยข้าพเจ้าได้ทราบข้อบังคับกองทุน และสิทธิหน้าที่ของข้าพเจ้าดีแล้ว และตกลงที่จะปฏิบัติตามทุกประการ ในการนี้ ข้าพเจ้าขอให้ นายจ้างหักเงินสะสมจากค่าจ้างของข้าพเจ้าทุก ๆ งวดการจ่ายค่าจ้าง ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับกองทุน แล้วนำส่งเข้ากองทุน ตามนโยบายการลงทุนที่กองทุนกำหนดไว้ พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าขอระบุบุคคลผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทั้งสิ้นของข้าพเจ้าในกรณีที่ ข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งสิ้น คน ตามรายละเอียดและอัตราส่วน ดังต่อไปนี้

บุคคลผู้มีสิทธิรับประโยชน์	อัตราส่วน (%)
1. ชื่อ-นามสกุล เกี่ยวข้องเป็น ที่อยู่ติดต่อได้	
2. ชื่อ-นามสกุล เกี่ยวข้องเป็น ที่อยู่ติดต่อได้	
รวม	100%

หมายเหตุ กรณีมีผู้ผลประโยชน์เกินกว่า 2 ราย ให้ทำบัญชีรายชื่อเพิ่มเติม พร้อมลงลายมือชื่อกำกับตามแบบฟอร์ม พกส.001.1

อนึ่ง ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ได้ระบุเงื่อนไขการจ่ายเงินแก่ผู้รับประโยชน์ไว้ หรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้ไม่ชัดเจนหรืออาจตีความได้หลายนัย ข้าพเจ้าประสงค์ให้กองทุนจัดสรรให้แก่ผู้รับประโยชน์ตามส่วนที่เท่า ๆ กัน

ในกรณีที่ผู้รับประโยชน์คนใดถึงแก่ความตายก่อนหรือถึงแก่ความตายพร้อมกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าประสงค์ให้นำส่วนของผู้รับประโยชน์ที่ถึงแก่ความตายนั้นจัดสรรให้แก่ผู้รับประโยชน์ที่ยังมีชีวิตอยู่ตามเงื่อนไขการจ่ายเงินแก่ผู้รับประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น

ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ และ/หรือ อัตราส่วนของผู้รับประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรต่อคณะกรรมการกองทุน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการและรับทราบ ข้อบังคับ กสส.พกส. แล้ว	ขอรับรองว่าตรวจสอบแล้วถูกต้องทุกประการ และเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นสมาชิก กสส.พกส.
ลงชื่อ (ผู้สมัคร) (.....)	ลงชื่อ (.....)
ลงชื่อ (พยาน) (.....)	ตำแหน่ง วันที่ / /
ลงชื่อ (พยาน) (.....)	คณะกรรมการกองทุน หรือหัวหน้าหน่วยงาน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

คำชี้แจง : การเข้าเป็นสมาชิกกองทุน

1. พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จะเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้วสมบูรณ์ต่อเมื่อ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และมีผลในวันที่ได้รับอนุมัติ
2. พนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกและส่วนราชการผู้จ่ายค่าจ้างได้ลงทะเบียนรับก่อนวันที่ 15 ของเดือนใด สิทธิในการส่งเงินเข้ากองทุนให้เริ่มในงวดเดือนนั้น ส่วนผู้ที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกและส่วนราชการผู้จ่ายค่าจ้างได้ลงทะเบียนรับตั้งแต่วันที่ 15 ของเดือน สิทธิในการส่งเงินเข้ากองทุนให้เริ่มในงวดเดือนถัดไป
3. ในกรณีที่สมาชิกกองทุนลาออกจากกองทุนโดยไม่ลาออกจากงาน สมาชิกผู้นั้นไม่สามารถสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนได้อีก

สิทธิและหน้าที่ของสมาชิกกองทุน

1. ต้องปฏิบัติตามข้อบังคับกองทุน โดยลงนามรับทราบข้อมูลที่ปรากฏในข้อบังคับกองทุน และไม่กระทำการใด ๆ ที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่กองทุน
2. ยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินสะสมส่วนของตนจากค่าจ้าง ส่งเข้ากองทุนทุกครั้งที่มีการจ่ายค่าจ้างตามอัตราที่กำหนดในข้อบังคับกองทุน
3. มีสิทธิได้รับเงินสะสมและผลประโยชน์ของเงินสะสมเมื่อสิ้นสมาชิกภาพไม่ว่าด้วยกรณีใด ๆ
4. มีสิทธิได้รับเงินสมทบและผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินสมทบตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับกองทุน
5. มีสิทธิเข้าร่วมประชุมใหญ่สมาชิก ขอเข้าชื่อเปิดประชุมใหญ่วิสามัญ ตลอดจนออกเสียงลงคะแนนใด ๆ ตามข้อกำหนดในข้อบังคับนี้
6. มีสิทธิตรวจสอบข้อบังคับกองทุน บัญชีและเอกสารของกองทุน ณ ที่ตั้งสำนักงานกองทุนได้ในเวลาเปิดทำการ
7. มีสิทธิระบุและเปลี่ยนแปลงชื่อผู้รับประโยชน์โดยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรต่อคณะกรรมการกองทุน
8. มีสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

พทส.003 แบบแจ้งการนำส่งเงินเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

(เอกสารฉบับนี้ต้องส่งพร้อมการนำส่งเงินและรายละเอียดรายสมาชิกทุกครั้งที่มีการจ่ายเงินเข้ากองทุน)
กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง การนำส่งเงินเข้ากองทุนประจำงวดที่ เดือน ปี

เรียน บมจ.หลักทรัพย์จัดการกองทุน กรุงไทย

ชื่อนิติบุคคล/หน่วยงาน ใครขอนำส่งรายงานแสดงรายละเอียดการนำส่ง
เงินเข้าบัญชีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว ดังนี้

เงินสะสม (1) บาท

เงินสมทบ (2) บาท

เงินอื่น ๆ (3) บาท

รวม (4) บาท

พร้อมกันนี้ได้แนบเอกสารและข้อมูลดังต่อไปนี้มาด้วยแล้ว

หลักฐานการนำส่งเงินเข้าบัญชีกองทุน

☐ สำเนาใบนำฝากเงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

เข้าบัญชีกองทุน ธนาคาร สาขา

จำนวนเงิน บาท เมื่อวันที่

ข้อมูลสมาชิก

รายงาน ฉบับ /ไฟล์ (รายละเอียด :))

E-mail : member_p.pvd@ktam.co.th

ลงชื่อ

(.....)

ผู้มีอำนาจลงนามหรือผู้ได้รับมอบหมาย

คำอธิบายประกอบ

- (1) จำนวนเงินสะสมทั้งหมดที่นำส่งในงวดนี้
- (2) จำนวนเงินสมทบทั้งหมดที่นำส่งในงวดนี้
- (3) เงินอื่น ๆ เช่น เงินค่าปรับ, เงินกองทุนเก่า หรือ เงินประเดิม ที่นำส่งในงวดนี้
- (4) เงินที่นำส่งทั้งหมด ซึ่งจะเท่ากับยอดเงินที่ระบุในสำเนาใบนำฝากเงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเข้าบัญชีกองทุน

ชื่อนิติบุคคล

กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน บมจ.หลักทรัพย์จัดการกองทุน กรุงไทย

คณะกรรมการกองทุนหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานขอแจ้งรายละเอียดของสมาชิกที่สิ้นสุดสมาชิกภาพ เพื่อขอรับเงินกองทุน (เงินสะสม เงินสมทบ และผลประโยชน์) ตามสิทธิของสมาชิกที่พึงได้รับตามที่ระบุในข้อบังคับกองทุน พร้อมเอกสารแนบ (ถ้ามี) ซึ่งสมาชิก / ผู้รับผลประโยชน์ ได้รับรองสำเนาแล้ว ดังต่อไปนี้

ข้อมูลสมาชิก

ชื่อ - สกุล (ตัวบรรจง) รหัสสมาชิก เข้าทำงานวันที่ เดือน พ.ศ.
สิ้นสุดจากการเป็นพนักงานวันที่ เดือน พ.ศ. รวมอายุงาน ปี วัน ส่งเงินเข้ากองทุนงวดสุดท้ายวันที่ เดือน พ.ศ.
วัน/เดือน/ปี เกิด เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ข้อมูลการโอนย้ายกองทุน เฉพาะกรณีที่มีการโอนย้ายจากกองทุนอื่นมากองทุนใหม่/กองทุนเฉพาะส่วนนายจ้างนี้ โดยมีอายุสมาชิกกองทุนต่อเนื่องกัน

เข้าทำงานกับนายจ้างเดิมวันที่ เดือน พ.ศ. เริ่มเป็นสมาชิกในกองทุนเดิมวันที่ เดือน พ.ศ.

รวมอายุงานตั้งแต่วันที่เข้าทำงานกับนายจ้างเดิมถึงวันที่สิ้นสุดจากการเป็นพนักงานกับนายจ้างปัจจุบัน ปี วัน

เอกสารแนบ : 1. หนังสือรับรองการทำงานจากนายจ้างเดิมทุกราย จำนวน ฉบับ

2. หนังสือรับรองอายุสมาชิกภาพจากกองทุนเดิมทุกกองทุน จำนวน ฉบับ

มีการขอคงเงินไว้ในกองทุนตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อมูลการสิ้นสุดสมาชิกภาพ

- ☐ ลาออกจากงาน
- ☐ ลาออกจากกองทุน โดยมีได้ลาออกจากงาน
- ☐ โอนย้ายกองทุน ไปยังกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ซึ่งจดทะเบียนแล้ว
- ☐ กรณีเกษียณอายุ ตามข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงานของนายจ้าง เอกสารแนบ : หนังสือรับรองการเกษียณอายุ , สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ กรณีลาออกจากงาน สมาชิกที่อายุครบ 55 ปีบริบูรณ์ และเป็นสมาชิกกองทุนแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปีต่อเนื่อง เอกสารแนบ : สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ ทุพพลภาพ เอกสารแนบ : หนังสือรับรองแพทย์
- ☐ เสียชีวิต เอกสารแนบ : สำเนาใบมรณะบัตร, หนังสือแจ้งผู้รับผลประโยชน์ (ต้นฉบับ), สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์
- ☐ ลาออกจากงาน และขอคงเงินไว้ในกองทุนตามระยะเวลาไม่เกินที่กำหนดไว้ในข้อบังคับกองทุน เอกสารแนบ : สำเนาใบฝากเงินค่าธรรมเนียมของคงเงินไว้ในกองทุน จำนวน 500- บาท, แบบแจ้งขอคงเงินไว้ในกองทุน, สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกที่มีชื่อสมาชิก
- ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

ข้อมูลการเป็นสมาชิกกองทุน และการจ่ายเงินส่วนของนายจ้างเมื่อสิ้นสุดสมาชิกภาพ

เริ่มเป็นสมาชิกกองทุนวันที่.....เดือน.....พ.ศ.25..... สิ้นสุดสมาชิกภาพวันที่.....เดือน.....พ.ศ.25.....

รวมอายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....วัน

อัตราที่ได้รับเงินสมทบ และผลประโยชน์ของเงินสมทบ (ตามข้อบังคับกองทุน ข้อ 7.7) ☐ 0% ☐ 20% ☐ 40% ☐ 60% ☐ 80% ☐ 100%

ข้อมูลการขอรับเงิน

- ☐ ส่งจ่ายเช็คระบุชื่อ A/C Payee Only
- ☐ โอนเข้าบัญชีสมาชิก เอกสารแนบ: สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกที่มีชื่อสมาชิก พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ ในกรณีที่นายทะเบียนสมาชิกได้ดำเนินการตามข้อมูล หรือข้อเท็จจริงที่ระบุไว้ในเอกสารนี้แม้ว่าคณะกรรมการกองทุนหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานจะไม่ดำเนินการจัดส่งเอกสารต้นฉบับให้นายทะเบียนสมาชิก ให้ถือว่าคณะกรรมการกองทุนหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานยอมรับความรับผิดชอบต่อความเสียหายซึ่งอาจจะเกิดขึ้นต่อทั้งกองทุน สมาชิก ผู้มีสิทธิรับเงิน และบริษัทจัดการ อันเนื่องมาจากการไม่ได้ส่งเอกสารต้นฉบับดังกล่าว โดยกองทุนตกลงจะรับผิดชอบในความเสียหายรวมถึงค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นนั้น นอกจากนี้ กรรมการกองทุนหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานได้แจ้งให้สมาชิกรับทราบแล้วว่า กรณีที่สมาชิกเป็นสมาชิกมากกว่า 1 กองทุน สมาชิกจะต้องนำเงินได้พึงประเมินรวมจากทุกกองทุนไปคำนวณภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาอีกครั้งเมื่อสิ้นปีภาษี

ลงชื่อ

(.....)

ผู้มีอำนาจลงนามหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

วิธีการชำระเงิน KTB Bill Payment

1. กรุณากรอกข้อความลงในแบบฟอร์มข้างล่าง ทั้งส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 แล้วนำไปยื่นชำระเงินที่เคาน์เตอร์ของธนาคารกรุงไทย (กรุณากรอกข้อมูลการชำระที่มีเครื่องหมาย * กำกับให้ครบถ้วน)
2. เจ้าหน้าที่ธนาคารจะเก็บส่วนที่ 2 และคืนส่วนที่ 1 ให้ท่านเก็บไว้ เพื่อเป็นหลักฐานการรับเงินของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ
3. * ใบนำฝาก 1 ใบ ต่อ 1 รายการรับชำระค่าบริการ เท่านั้น
4. กรณีนำฝากด้วยเช็ค บริษัทจะได้รับเงินเมื่อ บมจ.ธนาคารกรุงไทย ได้รับเงินตามเช็คที่เรียกเก็บเรียบร้อยแล้ว
5. ลูกค้า / ผู้ชำระ ยินยอมเสียค่าธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการโอนเงินให้แก่ธนาคาร

ส่วนที่ 1 (ส่วนของลูกค้า)

เพื่อเข้าบัญชีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

วันที่/Date _____



บมจ. ธนาคารกรุงไทย (KTB Bill Payment)

รหัสผลิตภัณฑ์ (Product Code) : 5337

สาขา.....

ชื่อหน่วยงาน* _____

Ref. 1* (Division Code 15 หลัก) _____

Ref. 2* (Telephone Number) _____

Ref. 3* (งวดเดือนที่นำส่งเงิน) _____

☐ เงินสด / Cash ☐ เช็ค / Cheque

ตัวอย่าง: เดือน 09/60 กรอกเป็น "092560" กรณีนำส่งหลายเดือนกรุณากรอกเดือนล่าสุด

หมายเลขเช็ค	วันที่	ชื่อธนาคาร / สาขา	จำนวนเงิน (บาท)
เงินสด			
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (Amount in words)			จำนวนเงินเป็นตัวเลข / Total Amount

ผู้นำฝาก* _____ โทร.* _____ เจ้าหน้าที่ธนาคาร _____

เพื่อความสะดวกของท่าน กรุณานำใบแจ้งการชำระเงินพร้อม ใบแจ้งหนี้ ไปชำระได้ที่ บมจ. ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ

หมายเหตุ : ใบ PAY IN ฉบับนี้เป็นหลักฐานการรับเงิน เมื่อบริษัทจัดการเรียกเก็บเงินตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้แล้ว

ส่วนที่ 2 (ส่วนของธนาคาร)

เพื่อเข้าบัญชีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจดทะเบียนแล้ว

วันที่/Date _____



บมจ. ธนาคารกรุงไทย (KTB Bill Payment)

รหัสผลิตภัณฑ์ (Product Code) : 5337

สาขา.....

ชื่อหน่วยงาน* _____

Ref. 1* (Division Code 15 หลัก) _____

Ref. 2* (Telephone Number) _____

Ref. 3* (งวดเดือนที่นำส่งเงิน) _____

☐ เงินสด / Cash ☐ เช็ค / Cheque

ตัวอย่าง: เดือน 09/60 กรอกเป็น "092560" กรณีนำส่งหลายเดือนกรุณากรอกเดือนล่าสุด

หมายเลขเช็ค	วันที่	ชื่อธนาคาร / สาขา	จำนวนเงิน (บาท)
เงินสด			
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (Amount in words)			จำนวนเงินเป็นตัวเลข / Total Amount

ผู้นำฝาก* _____ โทร.* _____ เจ้าหน้าที่ธนาคาร _____

เพื่อความสะดวกของท่าน กรุณานำใบแจ้งการชำระเงินพร้อม ใบแจ้งหนี้ ไปชำระได้ที่ บมจ. ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ

หมายเหตุ : ใบ PAY IN ฉบับนี้เป็นหลักฐานการรับเงิน เมื่อบริษัทจัดการเรียกเก็บเงินตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้แล้ว