

# ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๔/ว ๙๖๖



กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง แก้ไขข้อบังคับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจัดทะเบียนแล้ว พ.ศ. ๒๕๕๙ และแบบฟอร์มเกี่ยวกับกองทุน

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

อ้างถึง หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๓๑๐/ว ๗๓๓ ลงวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๙

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ข้อบังคับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจัดทะเบียนแล้ว (ฉบับแก้ไข)

หน้า ๖ , ๗ และ ๑๗

จำนวน ๒ ฉบับ

๒. แบบฟอร์ม พกส.๐๐๑ , พกส.๐๐๓ , พกส.๐๐๔ และ Bill Payment จำนวน ๔ ฉบับ

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

๑. แก้ไขข้อบังคับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจัดทะเบียนแล้ว พ.ศ. ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ดังนี้

๑.๑ หมวด ๙ ข้อ ๙.๑ ค่าใช้จ่ายกองทุน โดยให้เพิ่มเติมข้อความ “(๑๖) ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จำเป็นอันเกี่ยวกับการดำเนินการกองทุนให้จ่ายได้ตามที่จ่ายจริง”

๑.๒ หมวด ๒ คำนิยาม ข้อ ๒.๓๑ “อายุสมาชิกภาพ” หมายความว่า ระยะเวลา นับตั้งแต่วันที่ เป็นสมาชิกกองทุนจนถึงวันที่ สิ้นสมาชิกภาพ โดยให้เพิ่มเติมข้อความ “สมาชิกที่ลาออกจากรายงานจ้าง เดิมและเข้าทำงานกับนายจ้างที่อยู่ภายใต้กองทุนนี้ และมีวันทำงานต่อเนื่องกันให้นับอายุสมาชิกภาพต่อเนื่อง”

๑.๓ หมวด ๓ ข้อ ๓.๓ สมาชิกภาพ จะสิ้นสุดเมื่อ (๗) ลาออกจากรายงานจ้าง โดยให้เพิ่มเติม ข้อความ “ยกเว้นกรณี สมาชิกที่ลาออกจากรายงานจ้างเดิมและเข้าทำงานกับนายจ้างที่อยู่ภายใต้กองทุนนี้ และมี วันทำงานต่อเนื่องกันให้นับอายุสมาชิกภาพต่อเนื่อง”

รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

๒. แก้ไขแบบฟอร์มต่าง ๆ ดังนี้

๒.๑ พกส.๐๐๑ ใบสมัครสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

๒.๒ พกส.๐๐๓ แบบแจ้งการนำส่งเงินเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

๒.๓ พกส.๐๐๔ แบบแจ้งการสิ้นสุดสมาชิกภาพ

๒.๔ ใบนำฝากเงิน Bill Payment

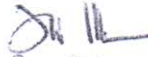
เพื่อให้เกิดความชัดเจน และถูกต้อง รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

กระทรวง...

กระทรวงสาธารณสุข ขอให้ส่วนราชการและหน่วยงานดำเนินการตามข้อบังคับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจัดทะเบียนแล้ว และที่แก้ไขเพิ่มเติม อีกทั้งแบบฟอร์มต่าง ๆ เกี่ยวกับกองทุนตามข้อ ๒ ให้เริ่มใช้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป แทนแบบฟอร์มเดิมของหนังสือที่อ้างถึง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือปฏิบัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นางพรอมทิมล วิบุลากร)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๒๐๘๑-๒

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๒๐๘๑

หมายเหตุ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำเนาหนังสือแจ้งเวียน 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

สมาชิกที่ลาออกจากราชการเดิมและเข้าทำงานกับนายจ้างที่อยู่ภายใต้กองทุนนี้ และมีวันทำงานต่อเนื่องกันให้นับอายุสมาชิกภาพต่อเนื่อง

ข้อ ๒.๓๒ “อายุงาน” หมายความว่า ระยะเวลาการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข โดยนับตั้งแต่วันที่ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขเข้าทำงานกับส่วนราชการจนถึงวันที่พ้นจากการทำงาน

### 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

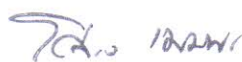
(๒) สิ้นปีงบประมาณที่อายุครบหกสิบปี หรือขาดคุณสมบัติ หรือมีลักษณะต้องห้ามตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยพนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

(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 โดยลงนามรับทราบข้อมูลที่ปรากฏในข้อบังคับกองทุน และไม่กระทำการใดๆ ที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่กองทุน

(๒) ยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินสะสมส่วนของตนจากค่าจ้าง ส่งเข้ากองทุนทุกครั้งที่มีการจ่ายค่าจ้างตามอัตราที่กำหนดในข้อบังคับนี้

(๓) มีสิทธิได้รับเงินสะสมและผลประโยชน์ของเงินสะสมเมื่อสิ้นสมาชิกภาพไม่ว่าด้วยกรณีใดๆ

(๔) มีสิทธิได้รับเงินสมทบและผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินสมทบตามที่กำหนดไว้ในหมวด ๗

(๕) มีสิทธิเข้าร่วมประชุมใหญ่สมาชิกขอเข้าชื่อเปิดประชุมวิสามัญ ตลอดจนออกเสียงลงคะแนนใดๆ ตามข้อกำหนดในข้อบังคับนี้

(๖) มีสิทธิตรวจสอบข้อบังคับกองทุน บัญชีและเอกสารของกองทุน ณ ที่ตั้งสำนักงานกองทุนได้ในเวลาเปิดทำการ

(๗) มีสิทธิระบุและเปลี่ยนแปลงชื่อผู้รับประโยชน์โดยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรต่อคณะกรรมการกองทุน

(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 ให้ส่งสำเนาหนึ่งชุดให้แก่นายทะเบียนภายใน ๑๕๐ วัน นับแต่วันสิ้นรอบระยะเวลาบัญชีกองทุน และต้องแสดงไว้ที่สำนักงานกองทุนและเพื่อให้สมาชิกตรวจสอบได้ด้วย

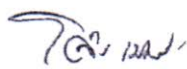
(๒) เงินดอกผลหรือผลประโยชน์ใดที่เกิดขึ้นจากเงินกองทุนของสมาชิก ให้นำดอกผลหรือผลประโยชน์นั้นรวมเข้ากับเงินกองทุนของสมาชิก เพื่อหาดอกผลหรือผลประโยชน์เพิ่มขึ้นต่อไป

#### หมวด ๙

#### ค่าใช้จ่ายกองทุน

\*ข้อ ๙.๑ ค่าใช้จ่ายที่จ่ายจากกองทุน ได้แก่

- (๑) ค่าธรรมเนียมในการจัดการกองทุนตามสัญญาระหว่างบริษัทจัดการและกองทุน
  - (๒) ค่าธรรมเนียมผู้รับฝากทรัพย์สินและค่าธรรมเนียมในการรับรองความถูกต้องของมูลค่าทรัพย์สินสุทธิของกองทุน
  - (๓) ค่าธรรมเนียมการจัดทำระบบทะเบียนสมาชิก
  - (๔) ค่าธรรมเนียมผู้สอบบัญชี
  - (๕) อาคารแสตมป์, ไปรษณีย์
  - (๖) ค่าใช้จ่ายและค่าตอบแทนในการชำระบัญชี ในกรณีเลิกกองทุน
  - (๗) ค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมใหญ่ / การประชุมอื่นที่จัดขึ้นตามข้อบังคับนี้
  - (๘) ค่าใช้จ่ายในการจัดการทรัพย์สินตามมติที่ประชุมคณะกรรมการกองทุน
  - (๙) ค่าใช้จ่ายในการวางทรัพย์สิน
  - (๑๐) ค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายกำหนด
  - (๑๑) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการติดตามทวงถามหรือการดำเนินการใดๆ ตามกฎหมายเพื่อการรับชำระหนี้ใดๆ 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 เม.ย. ๒๕๖๐

เจ้าพนักงาน

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

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 .....<br>เกี่ยวข้องเป็น .....<br>ที่อยู่ติดต่อได้ .....<br>..... |               |
| 2. ชื่อ-นามสกุล .....<br>เกี่ยวข้องเป็น .....<br>ที่อยู่ติดต่อได้ .....<br>..... |               |
| รวม                                                                              | 100%          |

**หมายเหตุ** กรณีมีผู้รับผลประโยชน์เกินกว่า 2 ราย ให้ทำบัญชีรายชื่อเพิ่มเติม พร้อมลงลายมือชื่อกำกับตามแบบฟอร์ม พกส.001.1

อนึ่ง ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ได้ระบุเงื่อนไขการจ่ายเงินแก่ผู้รับประโยชน์ไว้ หรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้ไม่ชัดเจนหรืออาจตีความได้หลายนัย ข้าพเจ้าประสงค์ให้กองทุนจัดสรรให้แก่ผู้รับประโยชน์ตามส่วนที่เท่า ๆ กัน

ในกรณีที่ผู้รับประโยชน์คนใดถึงแก่ความตายก่อนหรือถึงแก่ความตายพร้อมกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าประสงค์ให้นำส่วนของผู้รับประโยชน์ที่ถึงแก่ความตายนั้นจัดสรรให้แก่ผู้รับประโยชน์ที่ยังมีชีวิตอยู่ตามเงื่อนไขการจ่ายเงินแก่ผู้รับประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น

ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ และ/หรือ อัตราส่วนของผู้รับประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรต่อคณะกรรมการกองทุน

|                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการและรับทราบ<br/>ข้อบังคับ กสท.พทส. แล้ว</b></p> <p>ลงชื่อ ..... (ผู้สมัคร)<br/>(.....)</p> <p>ลงชื่อ ..... (พยาน)<br/>(.....)</p> <p>ลงชื่อ ..... (พยาน)<br/>(.....)</p> | <p><b>ขอรับรองว่าตรวจสอบแล้วถูกต้องทุกประการ<br/>และเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นสมาชิก กสท.พทส.</b></p> <p>ลงชื่อ .....<br/>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง .....<br/>วันที่ ..... / ..... / .....</p> <p>คณะกรรมการกองทุน<br/>หรือหัวหน้าหน่วยงาน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 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 ..... ใครขอส่งรายงานแสดงรายละเอียดการนำส่งเงินเข้าบัญชีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ 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 : สำเนาใบฝากเงินค่าธรรมเนียมของเงินไว้ในกองทุน จำนวน 500- บาท, แบบแจ้งขอคงเงินไว้ในกองทุน, สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกที่มีชื่อสมาชิก
- ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

#### ข้อมูลการเป็นสมาชิกกองทุน และการจ่ายเงินส่วนของนายจ้างเมื่อสิ้นสุดสมาชิกภาพ

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

รวมอายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....วัน

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

#### ข้อมูลการขอรับเงิน

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

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ ในกรณีที่นายทะเบียนสมาชิกได้ดำเนินการตามข้อมูล หรือข้อเท็จจริงที่ระบุไว้ในเอกสารนี้แล้วว่า คณะกรรมการกองทุนหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานจะไม่ดำเนินการจัดส่งเอกสารต้นฉบับให้นายทะเบียนสมาชิก ให้ถือว่าคณะกรรมการกองทุนหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงาน ยอมรับความรับผิดชอบต่อความเสียหายซึ่งอาจเกิดขึ้นต่อทั้งกองทุน สมาชิก ผู้มีสิทธิรับเงิน และบริษัทจัดการ อันเนื่องมาจากการไม่ได้ส่งเอกสารต้นฉบับ ดังกล่าว โดยกองทุนตกลงจะรับผิดชอบในความเสียหายรวมถึงค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นนั้น นอกจากนี้ กรรมการกองทุนหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานได้แจ้งให้สมาชิก รับทราบแล้วว่า กรณีที่สมาชิกเป็นสมาชิกมากกว่า 1 กองทุน สมาชิกจะต้องนำเงินได้พึงประเมินรวมจากทุกกองทุนไปคำนวณภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาอีกครั้งเมื่อสิ้นปีภาษี

ลงชื่อ .....

( ..... )

ผู้มีอำนาจลงนามหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

## วิธีการชำระเงิน KTB Bill Payment

- กรุณารอกข้อความลงในแบบฟอร์มข้างล่าง ทั้งส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 แล้วนำไปยื่นชำระเงินที่เคาน์เตอร์ของธนาคารกรุงไทย (กรุณารอกข้อมูลการชำระที่มีเครื่องหมาย \* กำกับให้ครบถ้วน)
- เจ้าหน้าที่ธนาคารจะเก็บส่วนที่ 2 และคืนส่วนที่ 1 ให้ท่านเก็บไว้ เพื่อเป็นหลักฐานการรับเงินของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ
- \* ใบนำฝาก 1 ใบ ต่อ 1 รายการรับชำระค่าบริการ เท่านั้น
- กรณีนำฝากด้วยเช็ค บริษัทจะได้รับเงินเมื่อ บมจ.ธนาคารกรุงไทย ได้รับเงินตามเช็คที่เรียกเก็บเรียบร้อยแล้ว
- 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