

เอกสารประกอบการสมัคร (อย่างละ 2 ชุด)

1. แบบรายงานสุขภาพตนเอง (1 ใบ)
2. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐ (1 ใบ)
3. สำเนาบัตรประจำตัว ผู้สมัครและคู่สมรส
4. สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้สมัครและคู่สมรส
5. สำเนาทะเบียนสมรส
6. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ/ คำนามหน้า (ถ้ามี)
7. สำเนาบัตรและทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์

กรณีพิเศษ อายุ 57 – 65 ปี



รับที่ สส.ชสอ./สอ.ศก.....
วันที่.....
สสอ. เลขที่.....

ใบสมัครสมาชิก

สมาคมพานักสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่

วันที่.....

ข้าพเจ้าอายุ.....ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือนพ.ศ.....ชื่อคู่สมรส

ซึ่งเป็น (1) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูศรีสะเกษ จำกัด เลขที่สมาชิก.....

(2) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่หมู่ที่ถนน

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด

รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์โทรศัพท์มือถือ.....

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน

ชื่อหน่วยงาน..... เลขที่.....หมู่ที่

ถนนตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด

รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์โทรศัพท์มือถือ.....

(4) การชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

(/) ชำระเป็นเงินสด จำนวน 4,840.- บาท

(5) ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมพานักสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.) มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบเอกสารแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติถูกต้อง และได้แนบเอกสารประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว

(ลงชื่อ)

(.....)/...../.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

() อนุมัติรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ในคราวประชุมครั้งที่เมื่อวันที่

() ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

(ลงชื่อ)

(.....)/...../.....

(โปรดพลิกกรอรายละเอียดด้านหลัง)



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้าอายุ.....ปี เกิดวันที่เดือนพ.ศ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนอยู่บ้านเลขที่หมู่ที่ถนน.....

ตำบล.....อำเภอจังหวัดโทร.....

1. สถานภาพ () โสด () สมรส คู่สมรส ชื่อ
() หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึงจ่ายโดยจ่ายให้แก่ผู้มารับ ผลประโยชน์ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

2.1 จ่ายให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์ครูศรีสะเกษ จำกัด เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่กับสหกรณ์ในขณะนั้น
เป็นอันดับแรก

2.2 ส่วนที่เหลือจากข้อ 2.1 มอบให้บุคคลดังต่อไปนี้

(1).....เกี่ยวข้องกับ

(2).....เกี่ยวข้องกับ

(3).....เกี่ยวข้องกับ

(4).....เกี่ยวข้องกับ

(5).....เกี่ยวข้องกับ

(6).....เกี่ยวข้องกับ

โดยระบุให้บุคคลผู้รับผลประโยชน์ ลำดับที่ชื่อเป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

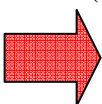
อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้า
แสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้ จึงได้ลงลายมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ)ผู้ให้ความยินยอม
(.....)/...../.....

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)/...../.....

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ
(.....)/...../.....

(ลงชื่อ)ผู้มีอำนาจลงนาม
(นางชวนพิศ วิมลสุข)/...../.....



หมายเหตุ

ข้อความสำคัญ กรณี ผู้ให้คำยินยอม มีภาระหนี้ กับสหกรณ์ออมทรัพย์ครูศรีสะเกษ จำกัด ผู้รับประโยชน์ ยินยอมให้สหกรณ์
ออมทรัพย์ครูศรีสะเกษ จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน โดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

2.1 (ลงชื่อ).....ผู้รับผลประโยชน์
(.....).....เกี่ยวข้องกับ.....

2.4 (ลงชื่อ).....ผู้รับผลประโยชน์
(.....).....เกี่ยวข้องกับ.....

2.2 (ลงชื่อ).....ผู้รับผลประโยชน์
(.....).....เกี่ยวข้องกับ.....

2.5 (ลงชื่อ).....ผู้รับผลประโยชน์
(.....).....เกี่ยวข้องกับ.....

2.3 (ลงชื่อ).....ผู้รับผลประโยชน์
(.....).....เกี่ยวข้องกับ.....

2.6 (ลงชื่อ).....ผู้รับผลประโยชน์
(.....).....เกี่ยวข้องกับ.....



สส.ชสอ.2

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี

ปรากฏว่า นาย / นาง / นางสาว.....ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ

จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคหัวใจ
- (2) โรควัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4) โรคเริมในระยะอันตราย
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคอื่นๆ ตามที่แพทย์ลงความเห็นว่าเป็นอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

ประทับตรา
โรงพยาบาล
ของรัฐเท่านั้น

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องออกจากราชการ

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



สส.ชสอ. ส.5

แบบรายงานสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูศรีสะเกษ จำกัด
เลขสมาชิกสหกรณ์..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รอบการสมัครที่.....
และได้ขอใบรับรองแพทย์จาก โรงพยาบาล..... และขอเรียนว่า
ระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้าได้ตรวจหรือไม่ในโรคต่อไปนี้

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------|---|
| 1. โรคหัวใจ | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ..... |
| 2. โรคหัวใจในระยะอันตราย | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ..... |
| 3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ..... |
| 4. โรคมะเร็งในระยะอันตราย | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ..... |
| 5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง(โรคเอดส์) | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ..... |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ตัวบรรจง(.....)

เอกสารประกอบการสมัคร (อย่างละ 2 ชุด)

1. แบบรายงานสุขภาพตนเอง (1 ใบ)
2. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐ (1 ใบ)
3. สำเนาบัตรประจำตัว ผู้สมัครและผู้สมรส
4. สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้สมัครและผู้สมรส
5. สำเนาทะเบียนสมรส
6. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ/ คำนำหน้า (ถ้ามี)
7. สำเนาบัตรและทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์

กรณีพิเศษ อายุ 57 – 65 ปี



รับที่ สส.ชสอ./สอ.ศก.สมทบ.....
วันที่.....
สสอ. เลขที่.....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่

วันที่.....

ข้าพเจ้าอายุ.....ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือนพ.ศ.....ชื่อผู้สมรส

ซึ่งเป็น (1) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูศรีสะเกษ จำกัด เลขที่สมาชิก.....

(2) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่หมู่ที่ถนน

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด

รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์โทรศัพท์มือถือ.....

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน

ชื่อหน่วยงาน..... เลขที่.....หมู่ที่

ถนนตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด

รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์โทรศัพท์มือถือ.....

(4) การชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

(/) ชำระเป็นเงินสด จำนวน 4,840.- บาท

(5) ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.) มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบเอกสารแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติถูกต้อง และได้แนบเอกสารประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว

(ลงชื่อ)

(.....)/...../.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

() อนุมัติรับเป็นสมาชิกสมทบ สส.ชสอ. ในคราวประชุม

ครั้งที่.....เมื่อวันที่

() ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

(ลงชื่อ)

(.....)/...../.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้าอายุ.....ปี เกิดวันที่เดือนพ.ศ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนอยู่บ้านเลขที่หมู่ที่ถนน.....

ตำบล.....อำเภอจังหวัดโทร.....

1. สถานภาพ () โสด () สมรส คู่สมรส ชื่อ
() หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึงจ่ายโดยจ่ายให้แก่ผู้รับ ผลประโยชน์ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

2.1 จ่ายให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์ครูศรีสะเกษ จำกัด (หมายรวมถึงหนี้ของคู่สมรสของผู้ให้คำยินยอมด้วย) เท่ากับจำนวนหนี้สิน
ที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่กับสหกรณ์ในขณะนั้น เป็นอันดับแรก

2.2 ส่วนที่เหลือจากข้อ 2.1 มอบให้บุคคลดังต่อไปนี้

- (1).....เกี่ยวข้องกับ
- (2).....เกี่ยวข้องกับ
- (3).....เกี่ยวข้องกับ
- (4).....เกี่ยวข้องกับ
- (5).....เกี่ยวข้องกับ
- (6).....เกี่ยวข้องกับ

โดยระบุให้บุคคลผู้รับผลประโยชน์ ลำดับที่ชื่อเป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้า
แสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้ จึงได้ลงลายมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ)ผู้ให้ความยินยอม (ลงชื่อ)พยาน
(.....)/...../..... (.....)/...../.....

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ (ลงชื่อ)ผู้มีอำนาจลงนาม
(.....)/...../..... (นางชวนพิศ วัฒนสุข)/...../.....

หมายเหตุ

ข้อความสำคัญ กรณี ผู้ให้คำยินยอม มีภาระหนี้ กับสหกรณ์ออมทรัพย์ครูศรีสะเกษ จำกัด (หมายรวมถึงหนี้ของคู่สมรสของผู้ให้
คำยินยอม) ผู้รับประโยชน์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ครูศรีสะเกษ จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน โดยขอรับ
เฉพาะส่วนที่เหลือ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

- | | |
|---|---|
| 2.1 (ลงชื่อ).....ผู้รับผลประโยชน์
(.....)เกี่ยวข้องกับ | 2.4 (ลงชื่อ).....ผู้รับผลประโยชน์
(.....)เกี่ยวข้องกับ |
| 2.2 (ลงชื่อ).....ผู้รับผลประโยชน์
(.....)เกี่ยวข้องกับ | 2.5 (ลงชื่อ).....ผู้รับผลประโยชน์
(.....)เกี่ยวข้องกับ |
| 2.3 (ลงชื่อ).....ผู้รับผลประโยชน์
(.....)เกี่ยวข้องกับ | 2.6 (ลงชื่อ).....ผู้รับผลประโยชน์
(.....)เกี่ยวข้องกับ |



สส.ชสอ.2

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี

ปรากฏว่า นาย / นาง / นางสาว.....ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ

จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคหัวใจ
- (2) โรควัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4) โรคมะเร็งในระยะอันตราย
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคอื่นๆ ตามที่แพทย์ลงความเห็นว่าเป็นอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

ประทับตรา
โรงพยาบาล
ของรัฐเท่านั้น

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องออกจากราชการ

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



สส.ชสอ. ส.5

แบบรายงานสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูศรีสะเกษ จำกัด
เลขสมาชิกสหกรณ์..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รอบการสมัครที่.....
และได้ขอใบรับรองแพทย์จาก โรงพยาบาล..... และขอเรียนว่า
ระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้าได้ตรวจหรือไม่ในโรคต่อไปนี้

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------|---|
| 1. โรคหัวใจ | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ..... |
| 2. โรคหัวใจในระยะอันตราย | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ..... |
| 3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ..... |
| 4. โรคมะเร็งในระยะอันตราย | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ..... |
| 5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง(โรคเอดส์) | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ..... |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ตัวบรรจง(.....)



สมาคม สส.ชสอ. รับสมัครสมาชิก อายุไม่เกิน 65 ปี รับสมัครระหว่าง วันที่ 1 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2562

หลักเกณฑ์การรับสมัคร

1. ต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ อย่างน้อย 1 ปี

2. รับสมาชิกสามัญของสหกรณ์ และ คู่สมรส

3. ต้องเป็นสมาชิกในกลุ่มวิชาชีพก่อน (สมาคม สสอ.)

4. รับอายุไม่เกิน 65 ปี โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

- ต้องใช้ใบรับรองแพทย์ที่เป็นแบบฟอร์มของ สส.ชสอ. เท่านั้น
- สมาชิกรอบพิเศษกลุ่มนี้ จะได้รับสิทธิการเป็นสมาชิก ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2562 แต่สมาชิกภาพจะมีผลสมบูรณ์ ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2563

ในช่วงระยะเวลา 1 ปี หากเสียชีวิตจากทุกโรค ผู้สมัครจะไม่ได้รับเงินสงเคราะห์ศพ และทาง สส.ชสอ. จะส่งเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคืนให้กับผู้สมัคร ยกเว้นเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ผู้สมัครจะได้รับเงินสงเคราะห์ปกติ



5. การเก็บเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเพื่อบริจาคเข้า “กองทุนเพื่อความมั่นคง” ดังตาราง

ที่	รอบการ รับสมัคร	อายุ ผู้สมัคร	พ.ศ. เกิด	เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ปี 2562			จำนวนปี ของการคิด เงินบริจาค ย้อนหลัง เข้ากองทุน	เงิน สงเคราะห์ บริจาค เข้ากองทุน	รวม จำนวนเงิน ทั้งสิ้น
				เงิน สงเคราะห์ ล่วงหน้า	ค่า สมัคร	ค่า บำรุง			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8)*4,800=(9)	(5)+(6)+(7)+(9)=(10)
1	รอบปกติ	อายุ 56 ปี	2506	4,800	20	20	-	-	4,840
2	รอบพิเศษ	อายุ 57 ปี	2505	4,800	20	20	1	4,800	9,640
3		อายุ 58 ปี	2504	4,800	20	20	2	9,600	14,440
4		อายุ 59 ปี	2503	4,800	20	20	3	14,400	19,240
5		อายุ 60 ปี	2502	4,800	20	20	4	19,200	24,040
6		อายุ 61 ปี	2501	4,800	20	20	5	24,000	28,840
7		อายุ 62 ปี	2500	4,800	20	20	6	28,800	33,640
8		อายุ 63 ปี	2499	4,800	20	20	7	33,600	38,440
9		อายุ 64 ปี	2498	4,800	20	20	8	38,400	43,240
10		อายุ 65 ปี	2497	4,800	20	20	9	43,200	48,040