



เลขที่สมาชิก.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก  
กองทุนสำรองเลี้ยงชีพมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
(สำหรับการสมัครในระยะเริ่มแรกเท่านั้น)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

1. ข้อมูลผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส./..... บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ .....  
สังกัดหน่วยงาน ..... อาศัยอยู่บ้านเลขที่ ..... ซอย ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
โทรศัพท์ที่ติดต่อกได้ ..... ขณะนี้เป็น ☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย ☐ ลูกจ้างประจำเงินงบประมาณแผ่นดิน  
☐ ลูกจ้างประจำเงินรายได้ ☐ ลูกจ้างประจำเงินรายได้ลักษณะพิเศษ ในสังกัด “มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช” ซึ่งต่อไปจะเรียกว่า  
“มหาวิทยาลัย” และปัจจุบัน ☐ เป็นสมาชิกกองทุนเงินสะสมสมทบ ☐ ไม่เป็นสมาชิกกองทุนเงินสะสมสมทบ

2. การสมัคร

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิก “กองทุนสำรองเลี้ยงชีพมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช” ซึ่งต่อไปจะเรียกว่า “กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ”

3. การหักเงินเดือน/การดำเนินการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

(1) ข้าพเจ้ายินยอมให้มหาวิทยาลัยหักเงินเดือน/ค่าจ้างของข้าพเจ้าในอัตรา ☐ ร้อยละ 3 ☐ ร้อยละ 4 ☐ ร้อยละ 5  
ของเงินเดือน/ค่าจ้าง เพื่อนำส่งให้กองทุนสำรองเลี้ยงชีพตลอดระยะเวลาที่ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ โดยเริ่มต้นตั้งแต่เดือนที่ได้  
จดทะเบียนกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเป็นต้นไป

(2) กรณีเป็นสมาชิกกองทุนเงินสะสมสมทบอยู่ในปัจจุบันและประสงค์จะสมัครเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ขอให้มหาวิทยาลัยดำเนินการเมื่อได้  
จดทะเบียนกองทุนสำรองเลี้ยงชีพแล้ว ดังนี้ (เฉพาะผู้ที่ยังเป็นสมาชิกกองทุนเงินสะสมสมทบอยู่ในปัจจุบันเท่านั้น)

- ☐ คงเงินสะสมและเงินสมทบ พร้อมเงินผลประโยชน์ที่มีอยู่ทั้งหมดไว้ในกองทุนเงินสะสมสมทบต่อไป  
☐ ขอคืนเงินสะสมและเงินสมทบ พร้อมเงินผลประโยชน์ที่มีอยู่ทั้งหมดให้แก่ข้าพเจ้า  
☐ ขอให้นำเงินสะสมและเงินสมทบ พร้อมเงินผลประโยชน์ที่มีอยู่ทั้งหมดเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

4. ผู้รับผลประโยชน์

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ให้กองทุนสำรองเลี้ยงชีพจ่ายเงินตามจำนวนที่ข้าพเจ้ามีสิทธิจะได้รับ ให้แก่บุคคลผู้มีรายชื่อเป็นผู้รับผลประโยชน์  
จำนวน ..... คน ดังต่อไปนี้

(1) ชื่อผู้รับผลประโยชน์ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ .....  
ที่อยู่ผู้รับผลประโยชน์.....

(2) ชื่อผู้รับผลประโยชน์ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ .....  
ที่อยู่ผู้รับผลประโยชน์.....

(กรณีมีผู้รับผลประโยชน์มีมากกว่า 2 ราย ให้ระบุชื่อผู้รับผลประโยชน์เพิ่มเติมได้โดยทำเป็นเอกสารแนบท้าย)

5. เงื่อนไขการรับผลประโยชน์ (ระบุเพียงข้อเดียว)

- ☐ จ่ายคนละเท่า ๆ กัน ☐ จ่ายตามลำดับก่อนหลัง ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

6. คำยืนยัน

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อกำหนดต่างๆ ของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพแล้วและข้าพเจ้าตกลงที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ  
ทั้งที่มีผลใช้บังคับอยู่ในปัจจุบัน และที่จะได้มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงในภายหน้าทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
(.....)