

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

๑. ข้าพเจ้า (อสม.) อายุ ปี
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล..... อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก รหัสไปรษณีย์ ๖๕๑๓๐
โทรศัพท์ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ

[] ข้าพเจ้า

[] สามी/ภรรยา/บุตร ชื่อ

โดยข้าพเจ้ามีสิทธิในกรณี

[] ปฏิบัติงานหน้าที่ อสม.มาแล้วตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....(รวมปี)

[] เป็น อสม. ดีเด่น ระดับ.....พ.ศ.....

และข้าพเจ้า/สามी/ภรรยา/บุตร ได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ อำเภอ..... จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒

ลงชื่อ.....อสม.ผู้ขอรับคำขอ

(.....)

วันที่เดือน..... พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

๑. คำรับรองของหน่วยงานระดับตำบลที่ดูแล อสม.

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่เดือน..... พ.ศ.....

๒. เสนอสาธารณสุขอำเภอวังทอง

ขอรับรองว่า อสม.ผู้นี้ มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ สมควรออกหนังสือรับรองได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอวังทอง

วันที่เดือน..... พ.ศ.....

หมายเหตุ : ๑. อสม.กรอกรายละเอียดคำขอและให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการตนสังกัดลงนามรับรอง

๒. ยื่นคำขอ เพื่อออกหนังสือรับรองฯ ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังทอง ในวันและเวลาราชการ



ที่ พล ๐๗๓๒ /

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังทอง
อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๑๓๐

วันที่

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตร อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย อายุ ปี เป็น อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล..... อำเภอวังทอง
จังหวัดพิษณุโลก เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน แจ้งว่า ได้เข้ารับการ
รักษาพยาบาล ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยใน และขอออกหนังสือ
รับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน เป็นผู้มีความประพฤติดีตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล
(ฉบับที่๗) พ.ศ.๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(นายวันชัย ทิมชม)

สาธารณสุขอำเภอวังทอง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังทอง

โทร ๐๕๕-๓๑๑๐๙๒