**คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล**

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)………………………………อายุ…......……ปี อยู่บ้านเลขที่…………..............

ซอย/ตรอก…………..……… ....หมู่ที่………........ ตำบล......................................อำเภอ………….……......................จังหวัด………………..… รหัสไปรษณีย์…………….. หมายเลขโทรศัพท์……………………….........

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  | - |  |  | - |  |

เลขที่ประจำตัวประชาชน

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยข้าพเจ้ามีสิทธิในกรณี ปฏิบัติงานหน้าที่ อสม. มาแล้วตั้งแต่ตั้งแต่เดือน.....................พ.ศ. .......

เป็น อสม. ดีเด่น ระดับ ...............................................ปี พ.ศ. .........

และข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ................................................................... อำเภอ.........................จังหวัด.........................................ตั้งแต่วันที่ ........................................

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2550

(ลงชื่อ)...................................................................

(.................................................................)

วันที่ .................เดือน.........................พ.ศ. ..............

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

1. เสนอ ...........................................................................

ขอรับรองว่า อสม. ผู้นี้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวง

สาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2550 สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ)...................................................................

(.................................................................)

ตำแหน่ง .............................................

วันที่ .................เดือน.........................พ.ศ. ..............

หมายเหตุ : เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ที่ นน ๐๑๓๒.๐๐๒ / |  | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองน่าน  ถนนข้าหลวง นน ๕๕๐๐๐ |

วันที่.............................

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน

ด้วย..............................................................อายุ.........................เลขที่ประจำตัวประชาชน........................................................อยู่บ้านเลขที่ ......................ซอย/ตรอก…………………...หมู่ที่..................... ตำบล......................................อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน รหัสไปรษณีย์ ๕๕๐๐๐ แจ้งว่าได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า....................................................................เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2550 กรณี (ปฏิบัติหน้าที่ อสม. มาตั้งแต่สิบปีขึ้นไป หรือ ได้รับการคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับ.........................ปี.........................) จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับ

การช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(............................................)

................................................

กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและคุณภาพบริการ

โทร ๐ ๕๔๗๑ ๘๓๓๗

โทรสาร ๐ ๕๔๗๑ ๘๓๓๘