

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความ

๑.เสนอ สาธารณสุขอำเภอแม่สะเรียง

ข้าพเจ้า..... เลขที่ประจำตัวประชาชน.....

ตำแหน่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่.....ตำบล.....อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า

คู่สมรส

บิดา

มารดา

บุตร

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

เป็นบุตรไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดู

ซึ่งมีเลขบัตรประชาชน.....ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล

โรงพยาบาล.....ที่ตั้ง.....อำเภอ.....จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่ง

เป็นหน่วยงานของรัฐ ตั้งแต่วันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๖) พ.ศ.๒๕๕๘ ข้อ ๘ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

ส่วนที่ ๒ สำหรับเจ้าหน้าที่

๒.เสนอ สาธารณสุขอำเภอแม่สะเรียง

ขอรับรองว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นี้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๕๘ ข้อ ๘ สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ).....

(นายดำรง นันนบุตร)

สาธารณสุขอำเภอแม่สะเรียง

หมายเหตุ : เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย



ที่ มส ๐๒๓๒ /

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สะเรียง
๒๔๔ หมู่ ๒ ต.แม่สะเรียง อ.แม่สะเรียง
จ.แม่ฮ่องสอน ๕๘๑๑๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สะเรียง

ด้วยนาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี เลขที่ประจำตัว
ประชาชนอยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ
แม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน รหัสไปรษณีย์ ๕๘๑๑๐ แจ้งว่า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.
.....ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออก
หนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษและสิทธิอื่นๆ นั้น

จึงขอรับรองว่านาย/นาง/นางสาว..... เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่
๔) พ.ศ. ๒๕๕๐ กรณี (ปฏิบัติหน้าที่ อสม. มาตั้งแต่สิบปีขึ้นไป หรือ ได้รับการคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับ.....ปี.....) จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและ
ค่าอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(นายดำรงค์ นันยบุตร)
สาธารณสุขอำเภอแม่สะเรียง

งานสุขภาพภาคประชาชน

โทร ๐๕๓-๖๘๑๓๑๐

ผู้ประสานงาน นางสาวรัญญา พิมาณเซวง