

## คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน .....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดนครศรีธรรมราช

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....มีความประสงค์ขอหนังสือรับรอง

การมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ให้แก่ ( ) ตนเอง

( ) บุคคลในครอบครัว ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....

โดยข้าพเจ้ามีสิทธิในกรณี ( ) ปฏิบัติงานหน้าที่ อสม. เมื่อ พ.ศ..... รวมเวลา.....ปี

( ) เป็น อสม. ดีเด่น ระดับ ( ) จังหวัด ( ) ประเทศ ปี พ.ศ. ....

และได้ขอใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ชื่อ .....

ตั้งแต่วันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตาม

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๗ (ฉบับที่ ๓)

พ.ศ. ๒๕๕๐ และฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๕๐

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

---

เสนอ สาธารณสุขอำเภอ.....

ขอรับรองว่า อสม. ผู้นี้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวง

สาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๗ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๐ และ

ฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๕๐ สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ๑. อสม.กรอกรายละเอียดคำขอและให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการต้นสังกัดลงนามรับรอง

๒. ยื่นคำขอฯ เพื่อออกหนังสือรับรองฯ ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....ได้ในวันและเวลาราชการ