

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล
กรณีบุคคลในครอบครัว อสม.

๑. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....
เลขประจำตัวประชาชน - - - -

คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ วันที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นบุคคลในครอบครัวผู้มีสิทธิได้รับ
การช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล
(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

๒. เสนอ สาธารณสุขอำเภอนาบอน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นบุคคลในครอบครัว อสม.ผู้มีสิทธิ
ได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการ
รักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ๑. อสม.กรอกรายละเอียดคำขอและให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการต้นสังกัดลงนามรับรอง (ส่วนสำหรับเจ้าหน้าที่)

๒. ยื่นคำขอฯ เพื่อออกหนังสือรับรองฯ ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน ได้ในวันและเวลาราชการ