

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

๑. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....
เลขประจำตัวประชาชน □ - □□□□ - □□□□□ - □□ - □
เกิดเมื่อ วันที่.....
เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สังกัด รพ./รพ.สต.
มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ซึ่งข้าพเจ้าและได้เข้ารับการ
รักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อโรงพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
ตั้งแต่วันที่

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย
การช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

๒. เสนอ สาธารณสุขอำเภอนาบอน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการ
รักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘)
พ.ศ. ๒๕๖๒

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ผอ.รพ.สต.หรือเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต.ลงนามรับรอง)

หมายเหตุ : ๑. อสม.กรอกรายละเอียดคำขอและให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการต้นสังกัดลงนามรับรอง (ส่วนสำหรับเจ้าหน้าที่)

๒. ยื่นคำขอฯ เพื่อออกหนังสือรับรองฯ ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน ได้ในวันและเวลาราชการ