

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

๑. ข้าพเจ้า(อสม.) อายุ ปี บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์เลขที่ประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ

อสม. ป่วย **อสม.ป่วยเอง ใช้หนังสือรับรอง...เฉพาะกรณีไม่มีบัตรสมาร์ทการ์ด / บัตรหมดอายุ**

คู่สมรส } ชื่อ-สกุล(ผู้ป่วย)
 บิดา } เลขประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□
 มารดา } อายุ.....ปี (บุตรที่บรรลุนิติภาวะ จะไม่ได้รับสิทธิช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล)
 บุตร } ที่อยู่ผู้ป่วย.....
บุตรเกิดเมื่อ/...../.....
 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ได้เข้ารับรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ชื่อโรงพยาบาล..... อำเภอ.....จังหวัด.....ตั้งแต่วันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า(ผู้ป่วย).....เป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่๘)พ.ศ.๒๕๖๒

(ลงชื่อ)

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ ต้องแนบเอกสารนี้

- ๑).สำเนาบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุข และสำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย
- ๒).สำเนาเอกสารแสดงความสัมพันธ์การเป็นภรรยา/สามี /บุตร/พ่อ /แม่ มาพร้อมคำขอนี้

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต

๒. เสนอสาธารณสุขอำเภอควนขนุน

ขอรับรองว่า อสม.ผู้นี้/บุคคลในครอบครัว มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ)

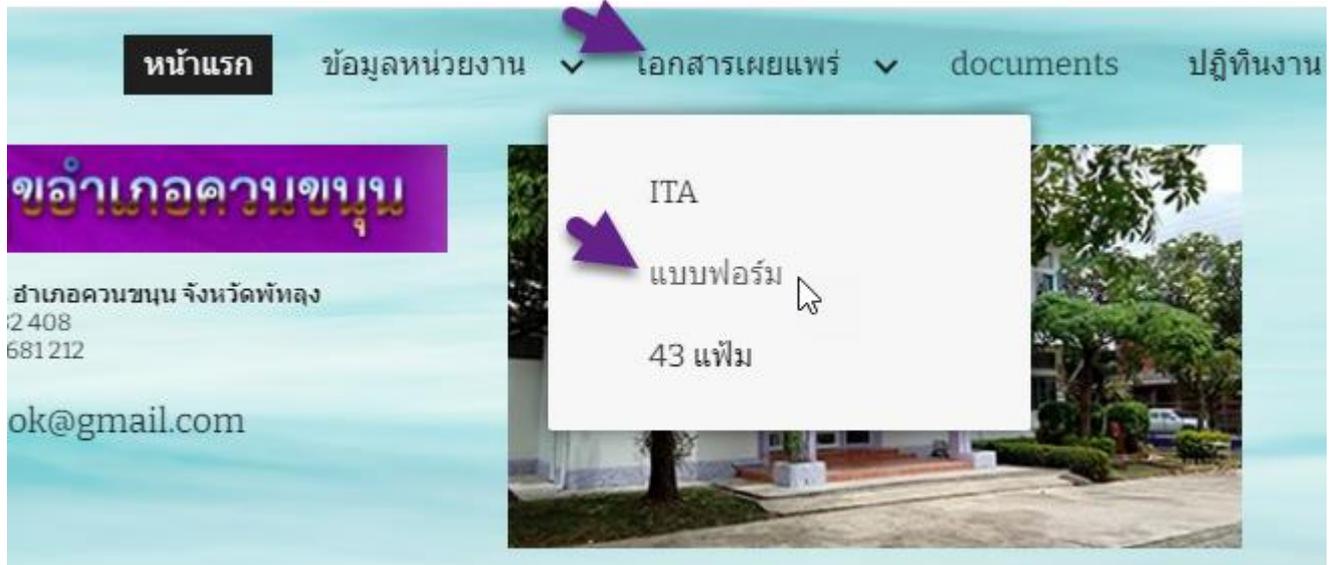
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

แนะนำ ให้ใช้การเขียนคำขอหนังสือรับรอง
เพราะมี บางครั้งใช้พิมพ์ในคอมฯก็มีลิมแก้ไขของเก่า

ฟอร์มโหลได้จากเว็บ สสอ.ควนขนุน



URL <https://sites.google.com/site/dpho00893/share/forms>

หรือหาเข้าจาก Google พิมพ์ สสอ.ควนขนุน

