

คู่มือกระบวนการขอรับเอกสารหนังสือรับรอง
การมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาหมื่น
จังหวัดน่าน

คำนำ

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้สิทธิกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงบุคคลในครอบครัวเพื่อให้สวัสดิการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกคนมีมาตรฐานเดียวกัน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองหาน ถือได้ว่าเป็นหน่วยบริการระดับอำเภอที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนมากอยู่ภายใต้การกำกับดูแล การให้บริการเพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว ยามเจ็บป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือบุคคลในครอบครัว ย่อมเป็นงานบริการหลักที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองหาน ให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จึงได้จัดทำคู่มือการขอรับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภายใต้การกำกับดูแลให้เป็นไปด้วยความเป็นระเบียบเรียบร้อย

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สนใจทั่วไปอีกทั้งยังก่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติงาน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองหาน

พฤษภาคม ๒๕๖๔

กระบวนการขอรับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้สิทธิกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงบุคคลในครอบครัวโดยให้หน่วยบริการช่วยเหลือเฉพาะค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษโดยเรียกเก็บเพียงร้อยละ ๕๐ ของอัตราที่กำหนดไว้

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาหมื่น ถือได้ว่าเป็นหน่วยบริการระดับอำเภอที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนมากอยู่ภายใต้การกำกับดูแล การให้บริการเพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว ยามเจ็บป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือบุคคลในครอบครัว ย่อมเป็นงานบริการหลักที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาหมื่น ให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จึงได้จัดทำคู่มือการขอรับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภายใต้การกำกับดูแลให้เป็นไปด้วยความเป็นระเบียบเรียบร้อย ขั้นตอนการขอรับหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด สามารถขอรับหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ ๑ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ยื่นเอกสารคำขออนุญาตรับเอกสารมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลและบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขฯ (ฉบับจริง) ณ สถานพยาบาลที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นั้น มีชื่ออยู่ในเขตพื้นที่นั้น รายละเอียดดังนี้

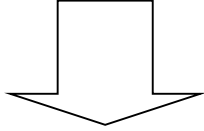
ตำบล	หมู่ที่	สถานพยาบาลที่ยื่นเอกสาร
บ่อแก้ว	หมู่ที่ ๑ - ๑๔	โรงพยาบาลนาหมื่น
นาทะนุง	หมู่ที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๑๑, ๑๒, ๑๓	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลักหมื่น
นาทะนุง	หมู่ที่ ๖, ๗, ๘, ๑๐, ๑๔, ๑๖	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทะนุง
นาทะนุง	หมู่ที่ ๘, ๑๕, ๑๗	สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านน้ำเลา
ปิงหลวง	หมู่ที่ ๑ - ๑๐	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปิงหลวง
เมืองลี	หมู่ที่ ๑ - ๗	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองลี

โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กรอกรายละเอียดในส่วนที่ 1 ให้เรียบร้อยก่อนยื่นแก่
สถานพยาบาล

ขั้นตอนที่ ๒ สถานพยาบาลตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของเอกสารคำขออนุญาตหรือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล เมื่อพบว่าเอกสารมีความถูกต้องให้หัวหน้าสถานพยาบาลแห่งนั้นกรอกรายละเอียดในส่วนที่ ๒ และลงลายมือชื่อเป็นผู้รับรองว่าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒

ขั้นตอนที่ ๓ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยื่นเอกสารคำขออนุญาตหรือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองจากสถานพยาบาลในเขตที่ตนเองอาศัยอยู่นั้นให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

กระบวนการรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)
ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน



อสม.ผู้ประสงค์ยื่นขอรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือ
รักษาพยาบาล แจ้ง รพ.สต. ในพื้นที่



ผอ.รพ.สต. จัดทำและเตรียมเอกสารให้ อสม.ดังนี้

1. ทำบันทึกข้อความเรื่อง ขออนุญาตรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษ
2. จัดทำคำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล
3. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน (ของ อสม.ผู้ขอใช้สิทธิหรือญาติสายตรง) จำนวน 2 ชุด
4. สำเนาบัตรประจำตัว อสม.



อสม. นำเอกสารยื่นที่โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

สิทธิของ อสม.และญาติสายตรงที่จะพักรักษาตัวในห้องพิเศษของ รพ.นาหมื่น

๑. ถ้าเป็น อสม.ดีเด่นระดับอำเภอ ไม่ต้องปฏิบัติงานครบ ๑๐ ปี (๗ ปี) อสม. และญาติสายตรง สามารถพักห้องพิเศษที่เป็นห้องแอร์ได้ฟรี แต่ต้องจ่ายส่วนเกิน ๑๐๐ บาทต่อวัน โดยมีห้องพิเศษจัดเตรียมไว้สำหรับ อสม.และญาติสายตรง จำนวน ๑ ห้อง ถ้าผู้ป่วยที่เป็น อสม. และญาติ ที่พักห้องที่ ๑ ยังไม่ได้ออกจากห้องพิเศษ จะขอพักได้ แต่ต้องจ่ายเงินเพิ่มเติม ตามข้อที่ ๔

๒. ถ้าเป็น อสม.ที่ปฏิบัติงานครบ ๑๐ ปี อสม.และญาติสายตรง สามารถพักห้องพิเศษที่เป็นห้องแอร์ได้ฟรี แต่ต้องจ่ายส่วนเกิน ๑๐๐ บาทต่อวัน

๓. ถ้าเป็น อสม.น้อยกว่า ๑๐ ปี อสม.และญาติ ที่จะพักห้องพิเศษห้องแอร์ จะต้องจ่ายค่าห้อง ๕๐% (จำนวนเงิน ๒๕๐ บาทต่อวัน)

๔. ถ้ากรณีห้องที่ ๑ เต็ม อสม.และญาติจะพักห้องที่ ๒ สามารถพักได้ โดยไม่คิดว่าเป็นมาที่ปี จะเป็น อสม.ดีเด่นหรือไม่ก็ได้ จะต้องจ่ายค่าห้องแอร์ ๕๐% (จำนวนเงิน ๒๕๐ บาทต่อวัน)

๕. ถ้า อสม.และญาติ จะพักห้องพิเศษกรณีเจ็บป่วย จะต้องให้ทาง รพ.สต.และ สสช. ออกหนังสือรับรองว่าเป็น อสม.จริงและได้ปฏิบัติงานมาจำนวน กี่ปีแล้ว พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัว อสม.ด้วย

ขั้นตอนการขอใช้สิทธิ์ อสม.เข้าใช้ห้องพิเศษ รพ.น่าน

๑. ขออนุญาตรับรองจากหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล
๒. แจ้งความประสงค์ขอเข้าห้องพิเศษที่หอผู้ป่วยพร้อมยื่นหนังสือรับรอง
 - อสม.ปฏิบัติงานมากกว่า ๑๐ ปี ญาติสายตรง อสม. ดีเด่น ระดับเขต ระดับภาค ระดับชาติ ของ อสม.ที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า ๑๐ ปี สามารถใช้สิทธิ์ได้
 - ญาติสายตรง อสม. ที่ปฏิบัติงานไม่ถึง ๑๐ ปี และไม่ใช่อสม.ดีเด่น ต้องจ่ายค่าห้องพิเศษและค่าอาหาร ๕๐ %
 - เจ้าตัว อสม. เป็นสิทธิ์เฉพาะตัว สามารถใช้สิทธิ์ได้ แต่ต้องเป็นไปตามระเบียบ ข้อบังคับของสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา
 - ห้องพิเศษตึกนันทรัตนาคาร ต้องชำระส่วนเกินค่าห้องพิเศษ

แนวทาง การขอใช้สิทธิ์ อสม. เข้าพักห้องพิเศษ โรงพยาบาลน่าน

ตรวจสอบว่า อสม. มีหนังสือจากต้นสังกัด หรือไม่
ตรวจสอบสิทธิ อสม. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม (งานเวชปฏิบัติ ฯ) 1313

ก. กรณีมีหนังสือรับรองจากต้นสังกัด
(เอกสารที่ใช้)

1. หนังสือรับรองฯฉบับจริง 1 ฉบับ + ถ่ายสำเนา 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตร อสม. เจ้าของสิทธิ (ไม่หมดอายุ) 2 ฉบับ
3. สำเนาบัตรผู้ป่วยกรณีญาติสายตรง (บิดา มารดา บุตร (อายุไม่เกิน 20 ปี) คู่สมรส 2 ฉบับ

ข. อสม. / ญาติ
ส่งหลักฐาน
ที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคม (งานเวชฯ)
อาคารสิริเวชรักษ์ ชั้น 3
(เพื่อทำการตรวจสอบสิทธิ)

กรณีไม่มีหนังสือรับรองจากต้นสังกัด

ยังไม่สามารถเข้าห้องพิเศษได้หากประสงค์เข้าต้องชำระเงินเต็มตามจำนวน ยกเว้นกรณี อสม.ในเขตเทศบาล 32 ชุมชน ในความรับผิดชอบของ รพ.น่าน ให้ประสาน ก.วสค.โดยตรง ที่ 1313, 1309 วันเวลาทำการ

1. ให้ อสม./ญาติประสานต้นสังกัด เพื่อขอหนังสือรับรอง
2. จะต้องมืหนังสือรับรองก่อนเท่านั้น จึงจะขอใช้สิทธิเข้าห้องพิเศษได้
3. หากได้รับหนังสือรับรองแล้วให้ ดำเนินตามขั้นตอน ก,ข

อสม.จังหวัดน่าน (ดำเนินการตาม ข้อ ก,ข ครบถ้วน) สามารถใช้สิทธิได้โดยไม่ต้องรอเอกสารฉบับจริงอนุมัติ รับสำเนาหนังสือรับรองเพื่อเป็นหลักฐานยืนยันการใช้สิทธิเข้าห้องพิเศษ
กรณีสิทธิที่มีปัญหา เช่นบัตร อสม. หมดอายุ สิทธิหมดอายุ ให้รอจนกว่า ก.วสค.จะตรวจสอบสิทธิ/เอกสารแล้วเสร็จ ถึงจะมีสิทธิเข้าห้องพิเศษได้ หากผู้ป่วยประสงค์จะเข้าห้องพิเศษล่วงหน้าก่อน ให้ชำระเงินค่าห้องเต็มจำนวน

กรณีฉุกเฉินให้ประสานต้นสังกัดเพื่อดำเนินการตรวจสอบ และรับรองตามระบบ

1. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
2. คุณเขาวณี พุฒซ้อน (สสจ.น่าน)
3. คุณระเบียบ วงศ์วิวัฒน์ธนะ (รพ.น่าน)

รายละเอียดการใช้สิทธิ อสม.

1. เจ้าตัว อสม. เป็นสิทธิเฉพาะตัว สามารถใช้สิทธิได้แต่ต้องเป็นไปตามระเบียบ ข้อบังคับของสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาพยาบาล
2. ญาติสายตรง อสม.ปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี อสม. ดีเด่น ระดับเขต/ระดับภาค /ระดับชาติ สามารถใช้สิทธิได้ตามเกณฑ์
3. ญาติสายตรง อสม. ที่ปฏิบัติงานไม่ถึง 10 ปี และไม่ใช่อสม. ดีเด่น ต้องจ่ายค่าห้องพิเศษและค่าอาหาร 50 %
4. กรณีเข้าห้องพิเศษที่เกินเกณฑ์ ต้องชำระส่วนเกินค่าห้องพิเศษตามที่ รพ.น่านกำหนด
5. กรณีมีสิทธิอื่นร่วมได้แก่ เบิกได้ , ประกันสังคม ให้ใช้สิทธิหลักก่อนและจะให้ใช้สิทธิ อสม.ในส่วนเกินตามลำดับ

(แบบฟอร์มรับรองสิทธิ อสม.กรณี ตัว อสม.เข้าอนห้องพิเศษ)

ที่ นน

(ส่วนราชการ เช่น รพ.สต..สสอ.รพช.)

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วยชื่อ อสม..... อายุปี เลขที่ประจำตัวประชาชน
.....อยู่บ้านเลขที่ หมู่ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัดน่าน รหัสไปรษณีย์ แจ้งว่าได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้
ประเภทผู้ป่วยใน และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหาร
พิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....ชื่อ อสม.....เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่
๔) พ.ศ. ๒๕๕๐ ปฏิบัติหน้าที่ อสม. มาตั้งแต่ปี พ.ศ..... จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้อง
พิเศษและค่าอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

กรณีบุคคลในครอบครัวของ อสม.

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
 ซอย/ตรอก..... หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์.....
 เลขที่ประจำตัวประชาชน - - - -

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ

- คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการ
 รักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2562

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

2. เสนอ

ขอรับรองว่า เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.)

.....จึงมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวง
 สาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2562 สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ : เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย



ที่

ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ
.....

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการ.....

ด้วย.....อายุ.....เลขที่ประจำตัวประชาชน
.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.)
ได้เข้ารับการักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมี
สิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.
และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8)
พ.ศ. 2562 จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

ส่วนราชการ

โทร.....

โทรสาร.....



แบบ ม.อสม.๐๒ ก

แบบคำขอรับความช่วยเหลือจากมูลนิธิ อสม.

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอรับความช่วยเหลือจากมูลนิธิ อสม. กรณี อสม. เสียชีวิต

เรียน ประธานมูลนิธิ อสม.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขบัตรประจำตัวประชาชนที่.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/ชุมชน..... ถนน..... ซอย..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทร.....
เป็นทายาทของ อสม ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชนที่.....
เลขประจำตัว อสม. ที่..... มีความเกี่ยวพันเป็น..... กับผู้ตาย
ซึ่งเสียชีวิตเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

จึงเรียนมาเพื่อขอรับความช่วยเหลือจากมูลนิธิ อสม. ตามหลักเกณฑ์การช่วยเหลืออาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานต่างๆ เพื่อประกอบการพิจารณาเพื่อขอรับความช่วยเหลือ ดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| <input type="radio"/> (๑) สำเนาบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="radio"/> (๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของ อสม. | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="radio"/> (๓) สำเนาทะเบียนบ้านของ อสม. | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="radio"/> (๔) สำเนาใบมรณะบัตรของ อสม. | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="radio"/> (๕) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของทายาท อสม. | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="radio"/> (๖) สำเนาทะเบียนบ้านของทายาท อสม. | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="radio"/> (๗) เอกสารหลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) | |

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับตำบล/ชุมชน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ผู้อำนวยการสถานบริการสาธารณสุข.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน อสม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : ทายาท หมายถึง ทายาทตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์



ใบสมัครเข้ารับการศึกษาเลือกเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

หมู่ที่/ชุมชนที่.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด อยู่บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน..... หมู่ที่.....
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 หมายเลขโทรศัพท์..... เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก.....
 E-mail ID-line

สถานภาพสมรส สมรส คู่ หม้าย หย่า แยก

วุฒิการศึกษาสูงสุด ประถม มัธยมศึกษา มัธยมปลาย อนุปริญญา/ต่ำกว่าปริญญาตรี
 ปริญญาตรี ปริญญาโท อื่นๆ ระบุ.....

เอกสารประกอบการสมัคร อสม. รวมทั้งหมด ฉบับ ประกอบด้วย

- สำเนาบัตรประชาชนผู้สมัคร สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร
 อื่นๆ (ระบุ)

การเคยดำรงตำแหน่ง อสม.

- เคยเป็น อสม. เมื่อปี พ.ศ..... ถึง ปีพ.ศ.....รวม.....ปี
 สาเหตุที่ออก
- ไม่เคยเป็น อสม.

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะสมัครเป็น อสม. ด้วยความสมัครใจ และยินดีที่จะเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของชุมชน จะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ที่กำหนดในระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554

ทั้งนี้ การได้รับเงินค่าป่วยการของข้าพเจ้า ให้เป็นไปตามจำนวนการจัดสรรงบประมาณแต่ละปีของจังหวัด โดยข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องสิทธิ เงินค่าป่วยการ อสม. หรือสิทธิอื่นใด และข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลข้างต้นที่กล่าวมา เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

/ต่อหน้าหลัง

ส่วนที่ 2 ความเห็นของเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบ พบว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2554 และได้รับความเห็นชอบ จากหัวหน้าครัวเรือน หรือผู้แทนไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ที่ผู้สมัครนั้นมีชื่อในทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่เป็นการประจำไม่น้อยกว่า 6 เดือน และได้พิจารณาแล้ว เห็นเป็นการสมควรเสนอรายชื่อ เพื่อเข้ารับอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ส่วนที่ 3 การรับรองโดยหัวหน้าครัวเรือน หรือผู้แทนไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน

(ข้อมูลส่วนนี้ขึ้นกับจังหวัดจะพิจารณาว่าจะให้กำหนดในใบสมัครหรือไม่)

ผู้สมัครได้รับขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อกำหนดละแวกบ้านที่จะต้องรับผิดชอบในการดูแล โดยผู้สมัครได้รับการรับรอง จากหัวหน้าครัวเรือนตามที่กำหนด และได้รับการรับรองลายมือชื่อ ดังนี้

ผู้รับรองลายมือชื่อ

1.ชื่อหัวหน้าครัวเรือนบ้านเลขที่.....

2.ชื่อหัวหน้าครัวเรือนบ้านเลขที่.....

3.ชื่อหัวหน้าครัวเรือนบ้านเลขที่.....

4.ชื่อหัวหน้าครัวเรือนบ้านเลขที่.....

5.ชื่อหัวหน้าครัวเรือนบ้านเลขที่.....

6.ชื่อหัวหน้าครัวเรือนบ้านเลขที่.....

7.ชื่อหัวหน้าครัวเรือนบ้านเลขที่.....

8.ชื่อหัวหน้าครัวเรือนบ้านเลขที่.....

9.ชื่อหัวหน้าครัวเรือนบ้านเลขที่.....

10.ชื่อหัวหน้าครัวเรือนบ้านเลขที่.....

ใบคำขอลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วยข้าพเจ้า(นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ปฏิบัติงานเป็นอสม. หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

รวมระยะเวลา.....ปี.....เดือน

มีความประสงค์จะลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เนื่องจาก

() สุขภาพไม่แข็งแรง

() ไปทำงานต่างจังหวัด

() ไม่มีเวลาที่จะปฏิบัติงานได้

() อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอลาออกจากการเป็น อสม. โดยสมัครใจ มิได้ถูกบังคับหรือข่มขู่แต่ประการใด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ขอลาออก

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ตำแหน่ง.....(อสม.)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

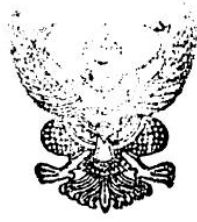
ตำแหน่ง.....(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

หมายเหตุ ใบคำร้องตัวจริงเก็บไว้ที่สถานบริการ สำเนาส่งนายทะเบียนเพื่อเปลี่ยนสถานะในฐานข้อมูลใน

www.thiaphc.net และให้มีผลพ้นสภาพการเป็น อสม. ตั้งแต่วันที่เขียนหนังสือลาออก ทั้งนี้ ขอให้ อสม. ส่งมอบ

บัตรคืนแก่นายทะเบียนจังหวัดด้วย

ที่ นน ๐๐๓๒.๐๐๑.๑/ ๖๙๕๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
ถนนน่าน-ทุ่งช้าง ตำบลผาสิงห์
อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐

๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขอแจ้งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ.๒๕๖๒

เรียน นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน), ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา), ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน,
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง หัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้างาน
ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๗๐๕.๐๓/ว ๙๕ ลงวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓
จำนวน ๑ ฉบับ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ขอส่งสำเนาหนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๗๐๕.๐๓/
ว ๙๕ ลงวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ เรื่อง ขอแจ้งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษา
พยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อให้สวัสดิการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกคนมีมาตรฐาน
เดียวกัน ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดเอกสาร (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย) ทาง www.nno.moph.go.th
(ในหัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งให้ผู้มีสิทธิและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายดิเรก สุตแดน)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการาราชการแทน,
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

กลุ่มงานบริหารทั่วไป (การเงินและบัญชี)

โทร. ๐ ๕๔๖๐ ๖๐๗๖

โทรสาร ๐ ๕๔๖๐ ๐๐๗๐

กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ



งานการเงินและบัญชี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
335 เลขที่รับ 2242
20 ก.พ. 2563 วันที่ 20 ก.พ. 2563
11.28 เวลา 10.12

ที่ สธ ๐๗๐๕.๐๓/๑๕๖

กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขอแจ้งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ.๒๕๖๒
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๑ ฉบับ
๒) คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือ จำนวน ๑ ชุด
๓) แบบหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกระทรวงสาธารณสุข ได้ออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ.๒๕๖๒ โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๗ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๓ เพื่อให้สวัสดิการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกคนมีมาตรฐานเดียวกัน ดังนี้

๑. อสม. ทุกคน ได้รับการยกเว้นค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษ โดยให้เป็นสิทธิช่วยเหลือเฉพาะตัวของบุคคล ทั้งนี้ อสม. ที่มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลจากส่วนราชการ ให้เรียกเก็บตามสิทธิก่อนส่วนที่เกินให้ได้รับการยกเว้น

๒. บุคคลในครอบครัว อสม. ได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษ ร้อยละ ๕๐ ของอัตราที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ บุคคลในครอบครัว อสม. ที่มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลจากส่วนราชการให้เรียกเก็บตามสิทธิก่อน ส่วนที่เกินให้เรียกเก็บร้อยละ ๕๐

ในการนี้ กระทรวงสาธารณสุข จึงขอแจ้งแนวทางการปฏิบัติการใช้ระเบียบฯ ดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้ อสม. และหน่วยบริการสาธารณสุขที่ดูแล กำกับ อสม. รวมทั้งหน่วยบริการสาธารณสุขที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในทราบและปฏิบัติ ดังนี้

๑. กรณี อสม. ไปใช้สิทธิสวัสดิการค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษ ให้แสดงบัตรประจำตัว อสม. ณ หน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน โดยไม่ต้องใช้หนังสือรับรองจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

๒. กรณีบุคคลในครอบครัวของ อสม. ให้ อสม. จัดทำคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) ยื่นต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย และให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตรวจสอบสิทธิของบุคคลในครอบครัว อสม. ตามกฎหมาย และหากพบว่าเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบดังกล่าวนี้ ขอให้ออกหนังสือรับรองตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓) เพื่อนำไปยื่นขอใช้สิทธิ ณ หน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องถือปฏิบัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ

น.รพ.
๑๖/๒/๑๓

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

โทร. ๐๒ ๑๔๓๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๑

โทรสาร ๐ ๒๑๔๔ ๕๖๔๕

เรียน นพ.สจ.น่าน

- กระทรวงสาธารณสุข แจ้งระเบียบกระทรวง
สาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล
(ฉบับที่ 8) พ.ศ.2562 โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2563 เพื่อให้สวัสดิการอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกคนมีมาตรฐาน
เดียวกัน

- จึงเรียนมาเพื่อ โปรดทราบ และแจ้งทุก
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ และถือปฏิบัติต่อไปด้วย

(นางนงลักษณ์ สายวงศ์)
สำนักงานการเงินและบัญชีชำนาญการ
๒๐ ก.พ. ๒๕๖๓

๒๑ ก.พ. ๒๕๖๓

(นายติเรก สุตแดน)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘)

พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๓ เพื่อให้สวัสดิการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหมาะสมกับภาระหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๐ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก (๑๙) ของวรรคสองของข้อ ๘ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๘

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกข้อ ๘ ทวิ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐

ข้อ ๕ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นข้อ ๙/๑ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๓

“ข้อ ๙/๑ ประเภท จ. ให้หน่วยบริการยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ ทั้งนี้ หากบุคคลดังกล่าวมีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลก่อน ส่วนที่เกินให้ยกเว้นไม่เรียกเก็บ โดยให้เป็นสิทธิช่วยเหลือเฉพาะตัวของบุคคลดังกล่าว

ผู้มีสิทธิตามประเภท จ. ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ให้หน่วยบริการช่วยเหลือเฉพาะค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษให้แก่บุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิตามวรรคสอง โดยให้ได้เรียกเก็บร้อยละ ๕๐ ของอัตราที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ หากบุคคลดังกล่าวมีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลให้เรียกเก็บค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลก่อน ส่วนที่เกินให้เรียกเก็บร้อยละ ๕๐”

ข้อ ๖ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุคคลในครอบครัวที่ได้รับสิทธิช่วยเหลือตามข้อ ๘ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับสิทธิช่วยเหลือตามข้อ ๘ ทวิ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และใช้สิทธิอยู่ก่อนวันที่ระเบียบนี้มีผลใช้บังคับ ให้ได้รับสิทธิช่วยเหลือตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

อนุทิน ชาญวีรกูล

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

กรณีบุคคลในครอบครัวของ อสม.

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
 ซอย/ตรอก..... หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์.....
 เลขที่ประจำตัวประชาชน - - - -

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ

- คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

และได้เข้ารับการักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นผู้มิสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการ
 รักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2562

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

2. เสนอ

ขอรับรองว่า เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.)

.....จึงมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวง
 สาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2562 สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ : เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย



ที่

ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ

.....

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการ.....

ด้วย.....อายุ.....เลขที่ประจำตัวประชาชน
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
 หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.)
 ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมี
 สิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.
 และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8)
 พ.ศ. 2562 จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัด
 กระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

ส่วนราชการ

โทร.....

โทรสาร.....