

คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

๑. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว) อายุ ปี อยู่บ้านเลขที่

ซอย/ตรอก.....หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์.....

- - - -

เลขที่ประจำตัวประชาชน

ขอรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า

สามี / ภรรยา / บุตร / บิดา-มารดา ชื่อ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล โดยข้าพเจ้ามีสิทธิในกรณี

ปฏิบัติงานหน้าที่ อสม. มาแล้วตั้งแต่ตั้งแต่วันที่.....พ.ศ.

เป็น อสม. ดีเด่น ระดับปี พ.ศ.

และข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษายาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ โรงพยาบาลลำปางลำปาง อำเภอ..... จังหวัดลำปางตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตาม

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐

(ลงชื่อ).....อสม.ผู้ขอรับสิทธิ

()

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ).....ผอ.รพ.สต./ผู้รับผิดชอบงาน สช.(รพ./เทศบาล)

()

วันที่ เดือน พ.ศ.....

๒. เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ขอรับรองว่า อสม. ผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวง

สาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐ สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ).....(สสอ./ผอ.รพช.)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ : เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย