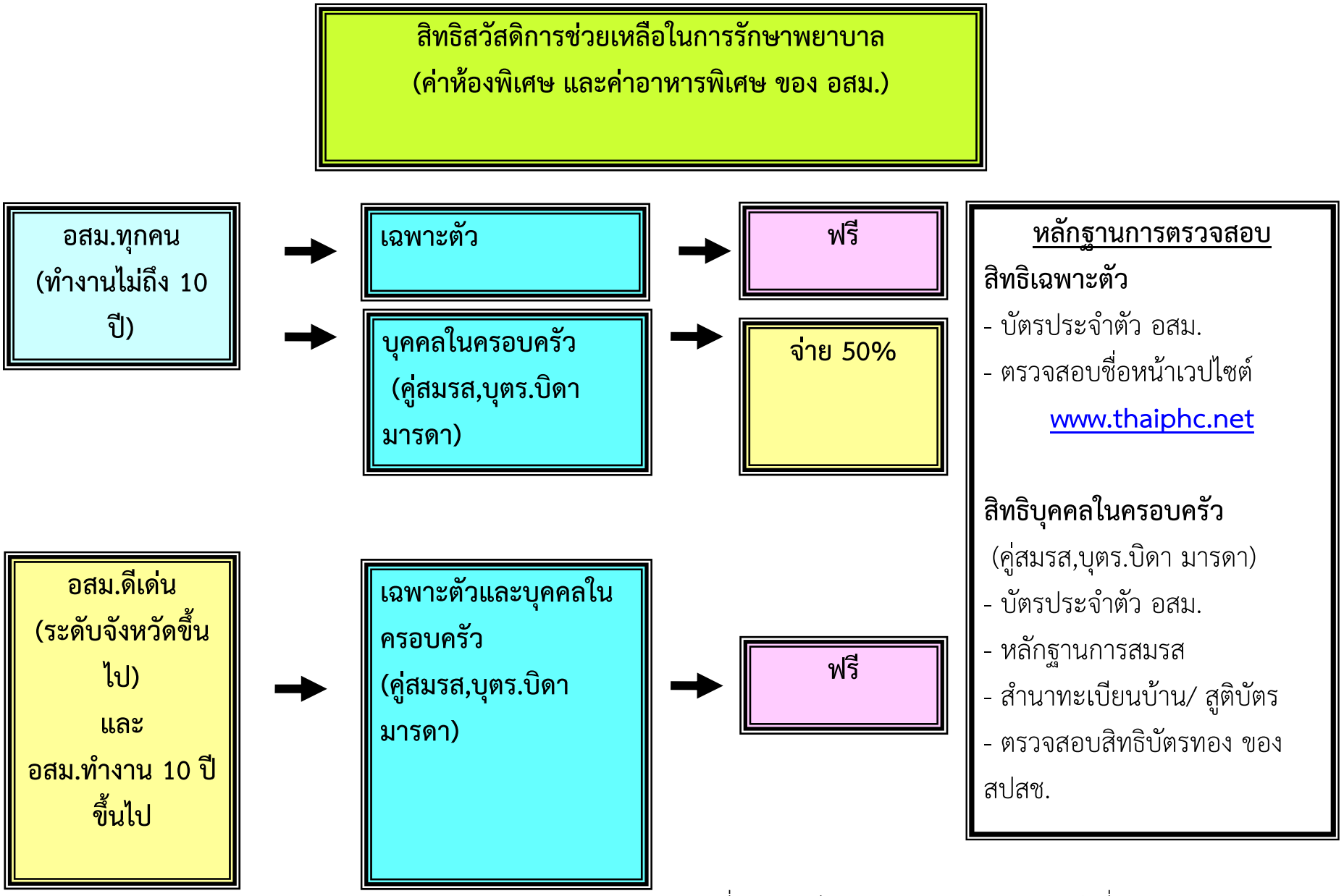
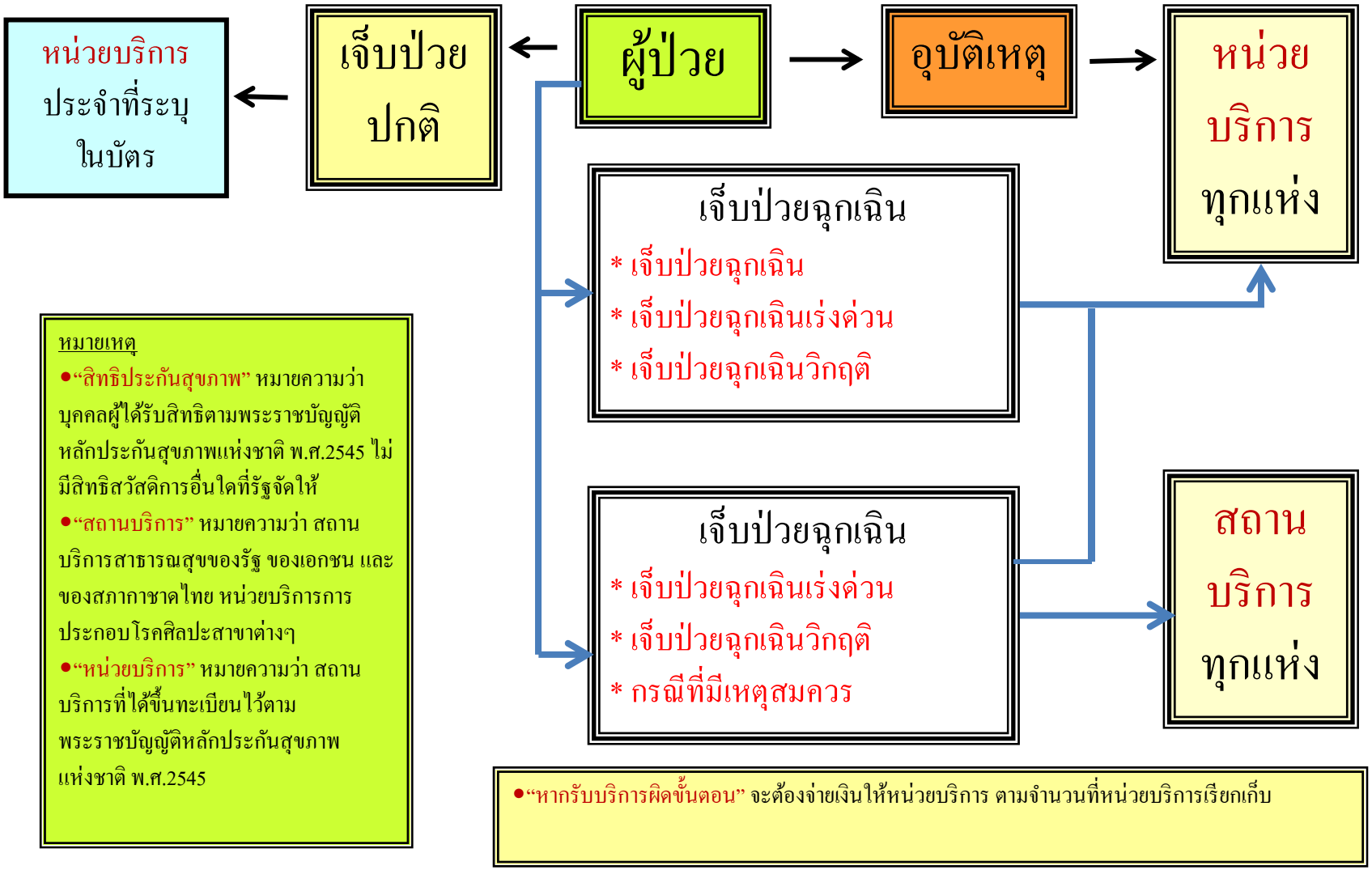


ที่มา : ระเบียบ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๔
และ หนังสือ ที่ สธ ๐๗๐๕.๔/ว.๗๗๗ ลว. ๑๗ ธ.ค.๒๕๕๓
เรื่อง ขอความร่วมมือช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

ขั้นตอนการรับบริการผู้ป่วยสิทธิบัตรประกันสุขภาพ



คำนิยาม

“สิทธิประกันสุขภาพ” หมายความว่า บุคคลผู้ได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ต้องเป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย และไม่มีสิทธิสวัสดิการอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ บุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ ผู้ซึ่งได้รับสวัสดิการการรักษาโดยอาศัยสิทธิของบุคคลอื่น และผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม)

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

คำนิยาม

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

“สถานบริการอื่น” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม และไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

ค่ารักษาพยาบาล

ฉุกเฉิน

ฉุกเฉิน

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน" หมายถึง
การได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการเจ็บป่วยกระทันหัน ซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิต
หรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ

จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการ
เสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการเจ็บป่วยนั้น

ตัวอย่างภาวะ/อาการ เพื่อการสื่อสารกับบุคลากรที่มีความรู้ทางการแพทย์

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

1) ภาวะ “หัวใจหยุดเต้น” (Cardiac arrest)
2) ภาวะหยุดหายใจ
3) ภาวะ “ช็อก”จากการเสียเลือดรุนแรง
4) ชักตลอดเวลาหรือชักจนตัวเขียว
5) อาการซึม หมดสติ ไม่รู้สึกตัว
6) อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงจากหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่มีความจำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด
7) อาการทางสมองจากหลอดเลือดสมองตีบตันทันทีมีความจำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด
8) เลือดออกมากอย่างรวดเร็วและตลอดเวลา เป็นต้น

ตัวอย่างภาวะ/อาการ เพื่อการสื่อสารกับบุคลากรที่มีความรู้ทางการแพทย์

ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน

1) หายใจลำบากหรือหายใจเหนื่อยหอบ
2) ชีพจรช้ากว่า 40 หรือเร็วกว่า 150 ครั้ง/นาที โดยเฉพาะถ้าร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
3) ไม่รู้สึกตัว ชัก อัมพาต หรือตาบอด หูหนวกทันที
4) ตกเลือด ซีดมากหรือเขียว
5) เจ็บปวดมากหรือทุรนทุราย
6) มือเท้าเย็นซีด และเหงื่อแตก ร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
7) ความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า 90 มม.ปรอทหรือตัวล่างสูงกว่า 130 มม.ปรอท โดยเฉพาะร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
8) อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 35° c หรือสูงกว่า 40° c โดยเฉพาะร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น

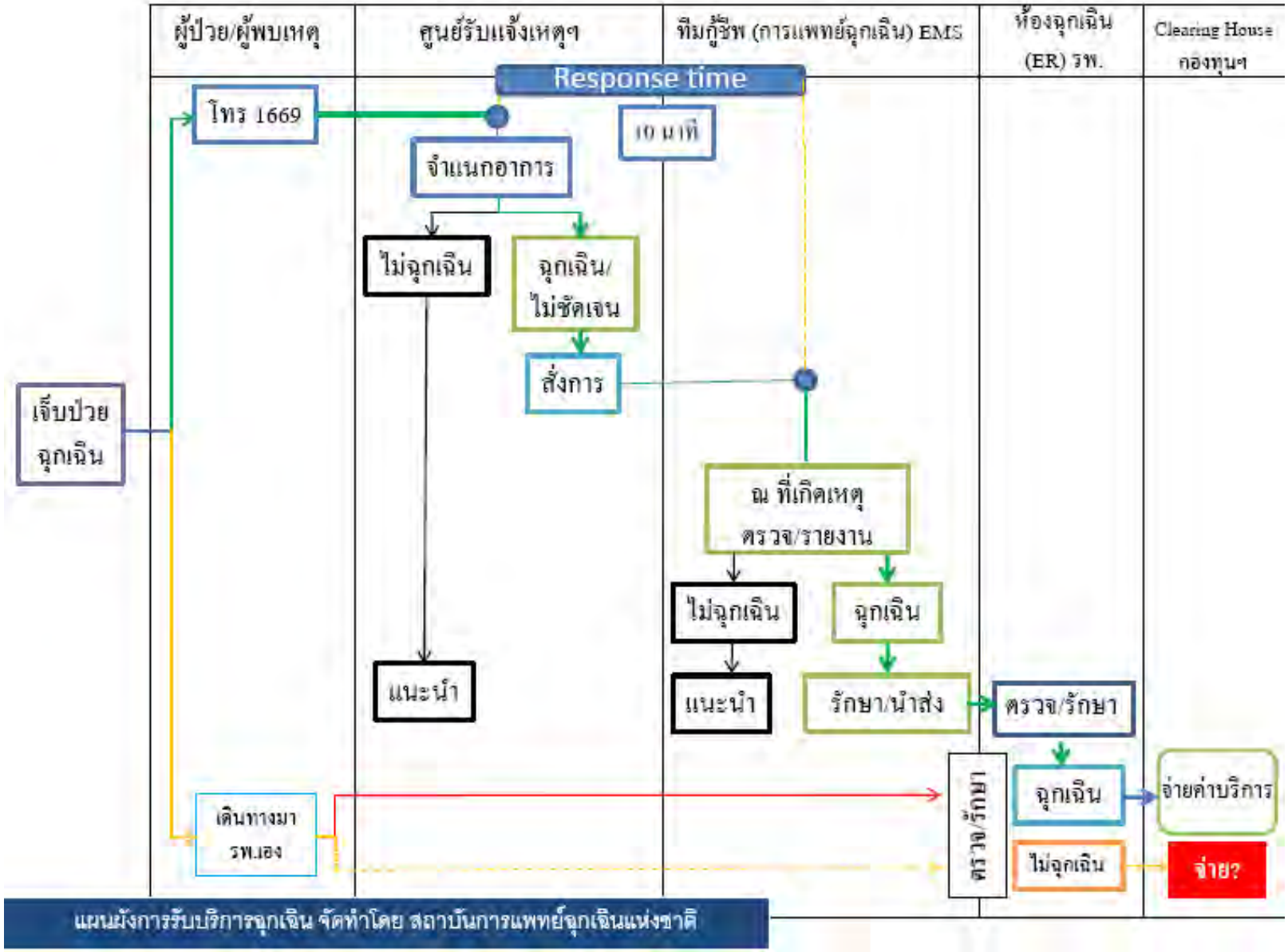
ตัวอย่างภาวะ/อาการ เพื่อการสื่อสารกับบุคลากรที่มีความรู้ทางการแพทย์

ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน

9) ถูกพิษหรือ Drug overuse

10) ได้รับอุบัติเหตุ โดยเฉพาะบาดแผลที่ใหญ่มากและมีหลายแห่ง เช่น major multiple fractures , Burns, Back injury with or without spinal cord damage

11) ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน เป็นต้น


ผู้ป่วย/ผู้พบเหตุ
ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ
ทีมกู้ชีพ (การแพทย์ฉุกเฉิน) EMS
ห้องฉุกเฉิน (ER) รพ.
Clearing House กองทุนฯ
Response time
โทร 1669
10 นาที
จำแนกอาการ
ไม่ฉุกเฉิน
ฉุกเฉิน/ไม่ชัดเจน
สั่งการ
เจ็บป่วยฉุกเฉิน
ณ ที่เกิดเหตุ ตรวจ/รายงาน
ไม่ฉุกเฉิน
ฉุกเฉิน
แนะนำ
แนะนำ
รักษา/นำส่ง
ตรวจ/รักษา
ตรวจ/รักษา
ฉุกเฉิน
จ่ายค่าบริการ
เดินทางมา รพ.เอง
ไม่ฉุกเฉิน
จ่าย?
แผนผังการรับบริการฉุกเฉิน จัดทำโดย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
Lovely Girls & Seasons
Created by www.wallcoo.com | July 2008

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

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

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ
☐ ข้าพเจ้า ☐ .....ความสัมพันธ์.....

โดยข้าพเจ้ามีสิทธิในกรณี ☐ ปฏิบัติงานหน้าที่ อสม. มาแล้วตั้งแต่ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. .....

☐ เป็น อสม. ดีเด่น ระดับ .....ปี พ.ศ. .....

และข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อ..... อำเภอ.....จังหวัด.....
ตั้งแต่วันที่ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐

(ลงชื่อ).....
(.....)
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

๒. เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ขอรับรองว่า อสม. ผู้นี้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐ สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง .....
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....

ที่ รอ ๐๙๓๒/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออาจสามารถ
ถนนรณชัยชาญยุทธ รอ. ๔๕๑๖๐

๑๙ มีนาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัว อสม. จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสมเพียร บัวภา อายุ ๔๔ ปี เลขที่ประจำตัวประชาชน ๓-๔๕๑๔-๐๐๐๒๗-๘๒-๐ บ้านเลขที่ ๗๕ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลโหรา อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ ๔๕๑๖๐ ตำแหน่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโหรา อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๑ แจ้งว่า โรงพยาบาลร้อยเอ็ด นัดเข้ารักษาพยาบาลในวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภออาจสามารถ จึงขอรับรองว่า นางสมพียร บัวภา เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(นายกฤษฎี ชายสวัสดิ์)
สาธารณสุขอำเภออาจสามารถ

งานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
โทร ๐-๔๓๕๙-๙๐๗๖
โทรสาร ๐-๔๓๕๙-๙๐๗๖
ผู้ประสานงาน : นายนริศ คมจิตร โทร.๐๘-๘๓๓๘-๒๒๔๖

ที่ สธ ๐๗๐๕.๔/ว ๗๗๗

กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๗ ธันวาคม ๒๕๕๓

เรื่อง ขอความร่วมมือช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ) ให้กับ อสม. และบุคคลในครอบครัว

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

อ้างถึง ๑) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๗
๒) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐

ด้วยในสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่ง อสม. ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนหลายประการ เช่น การทำงานในบทบาท อสม. เชิงรุก การควบคุมและป้องกันโรค การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ) ให้กับ อสม. และบุคคลในครอบครัว เพิ่มเติมตามแนวทาง ดังนี้

๑) ให้สิทธิสวัสดิการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ) โดยให้หน่วยบริการยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษให้กับ อสม. ทุกคน โดยให้เป็นสิทธิช่วยเหลือเฉพาะตัว

๒) เพิ่มสิทธิสวัสดิการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ) โดยให้หน่วยบริการยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ ให้กับบุคคลในครอบครัวของ อสม. ซึ่งปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. ตั้งแต่ ๑๐ ปี ขึ้นไป หรือ อสม. ดีเด่นระดับจังหวัดขึ้นไป

ในการนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงขอความร่วมมือจากท่าน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง โปรดให้ความร่วมมือช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ค่าห้องพยาบาลและค่าอาหารพิเศษ) ให้กับ อสม. และบุคคลในครอบครัว ตามแนวทางดังกล่าวข้างต้น เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กับ อสม. และครอบครัว ซึ่งเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนไม่ให้เจ็บป่วยรวมทั้งตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขด้วย ทั้งนี้ เมื่อกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการปรับปรุงแก้ไขระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลเสร็จเรียบร้อยแล้วจะแจ้งให้ทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดให้ความร่วมมือต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายทนงสรรค์ สุธาธรรม)
รองปลัดกระทรวง ปฏิบัติราชการแทน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๑๕๓๔
โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๕๓๐ ๐ ๒๕๙๐ ๑๕๔๖

ที่ สธ 0705.3/ว 590

กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000

31 ตุลาคม 2550

เรื่อง ขอส่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2550

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2550 จำนวน 1 ฉบับ
2) คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล จำนวน 1 ชุด
3) แบบหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล จำนวน 1 ชุด

กระทรวงสาธารณสุข ขอส่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2550 ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1) ซึ่งระเบียบดังกล่าวนี้ให้สิทธิกับ อสม. ที่ปฏิบัติงานมาแล้วตั้งแต่สิบปีขึ้นไป หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับภาค และระดับชาติ โดยให้หน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ โดยให้เป็นสิทธิช่วยเหลือเฉพาะตัว และเพื่อให้การดำเนินการตามระเบียบดังกล่าวเป็นไปอย่างมีหลักเกณฑ์ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดหลักเกณฑ์การปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

1. ให้จัดทำทะเบียน อสม. ที่ปฏิบัติงานครบสิบปีขึ้นไป และ อสม. ดีเด่น ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับภาค และระดับชาติ

2. อสม. ที่ประสงค์จะใช้สิทธิตามระเบียบนี้ให้ยื่นคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 2) ต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย และให้ตรวจสอบสิทธิของ อสม. ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์หรือไม่ และหากพบว่าเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบดังกล่าวนี้ ให้ออกหนังสือรับรอง ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 3)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องถือปฏิบัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
โทร 0 2590-1534
โทรสาร 0 2590 -1530

หน้า ๑
เล่ม ๑๒๔ ตอนพิเศษ ๑๔๓ ง ราชกิจจานุเบกษา ๒๘ กันยายน ๒๕๕๐

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔)

พ.ศ. ๒๕๕๐

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๓ เพื่อให้สวัสดิการแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานมาครบ ๑๐ ปีและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้รับคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดีเด่น ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับภาค และระดับชาติ ได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ โดยให้เป็นสิทธิเฉพาะตัว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า "ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐"

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความดังต่อไปนี้ เป็น ข้อ ๘ ทวิ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๓

"ข้อ ๘ ทวิ สำหรับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานมาแล้วตั้งแต่สิบปีขึ้นไป หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดีเด่น ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับภาคและระดับชาติ ให้หน่วยบริการยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ โดยให้เป็นสิทธิช่วยเหลือเฉพาะตัว"

ข้อ ๔ ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐
มรกต กรเกษม
รัฐมนตรีช่วยว่าการ ฯ ปฏิบัติราชการแทน
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย 3)

ที่ .....

ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ

.....

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการ.....

ด้วย.....อายุ.....เลขที่ประจำตัวประชาชน .....อยู่บ้านเลขที่ .....ซอย/ตรอก..... ... หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... แจ้งว่าได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยใน และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2550 กรณี (ปฏิบัติหน้าที่ อสม. มาตั้งแต่สิบปีขึ้นไป หรือ ได้รับการคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับ.....ปี.....) จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

ส่วนราชการ

โทร.....

โทรสาร.....

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

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

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดย
ข้าพเจ้ามีสิทธิในกรณี ☐ ปฏิบัติงานหน้าที่ อสม. มาแล้วตั้งแต่ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. .....
☐ เป็น อสม. ดีเด่น ระดับ .....ปี พ.ศ. .....
และข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อ..... อำเภอ.....จังหวัด.....
ตั้งแต่วันที่ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2550

(ลงชื่อ).....
(.....)
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

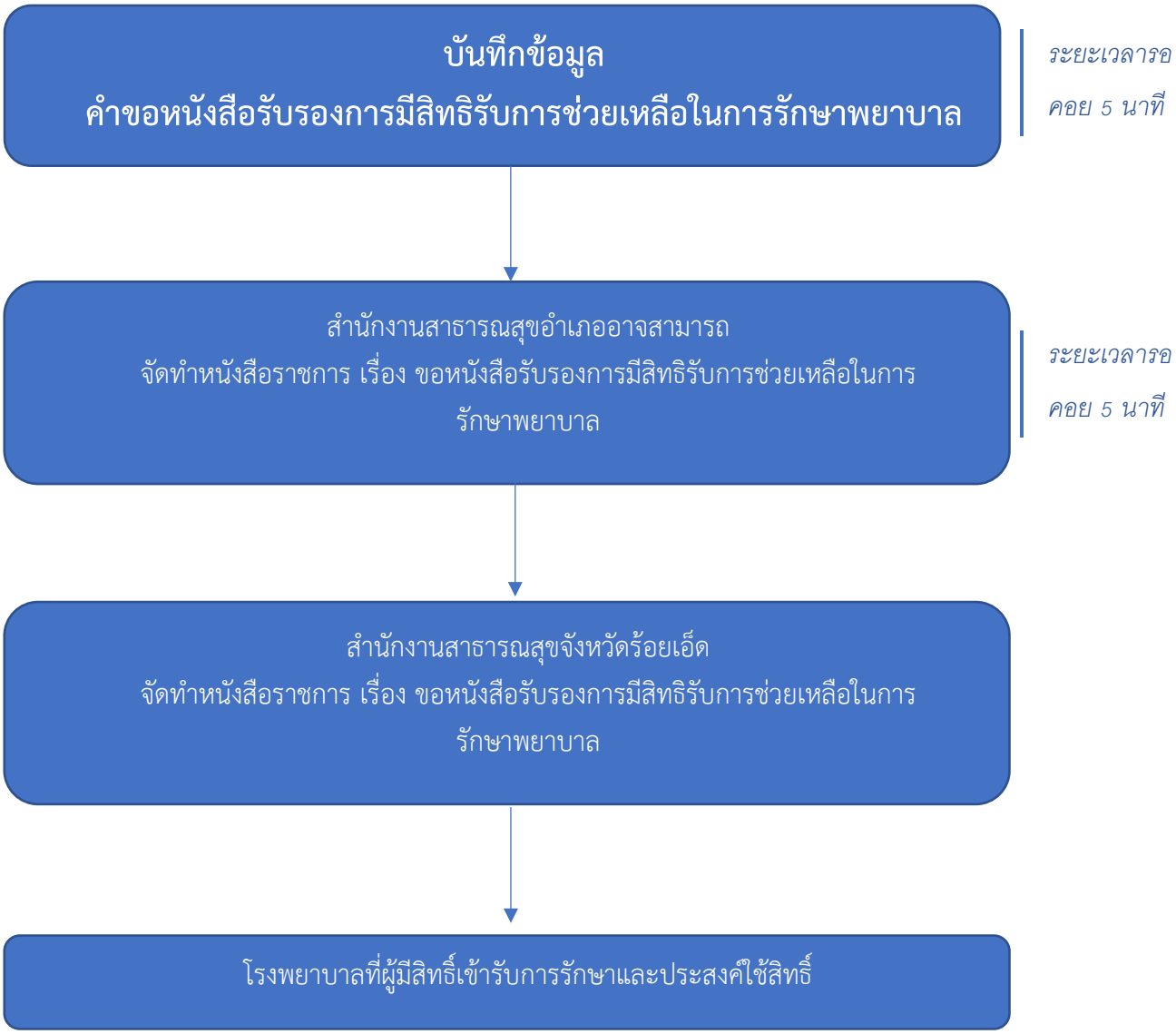
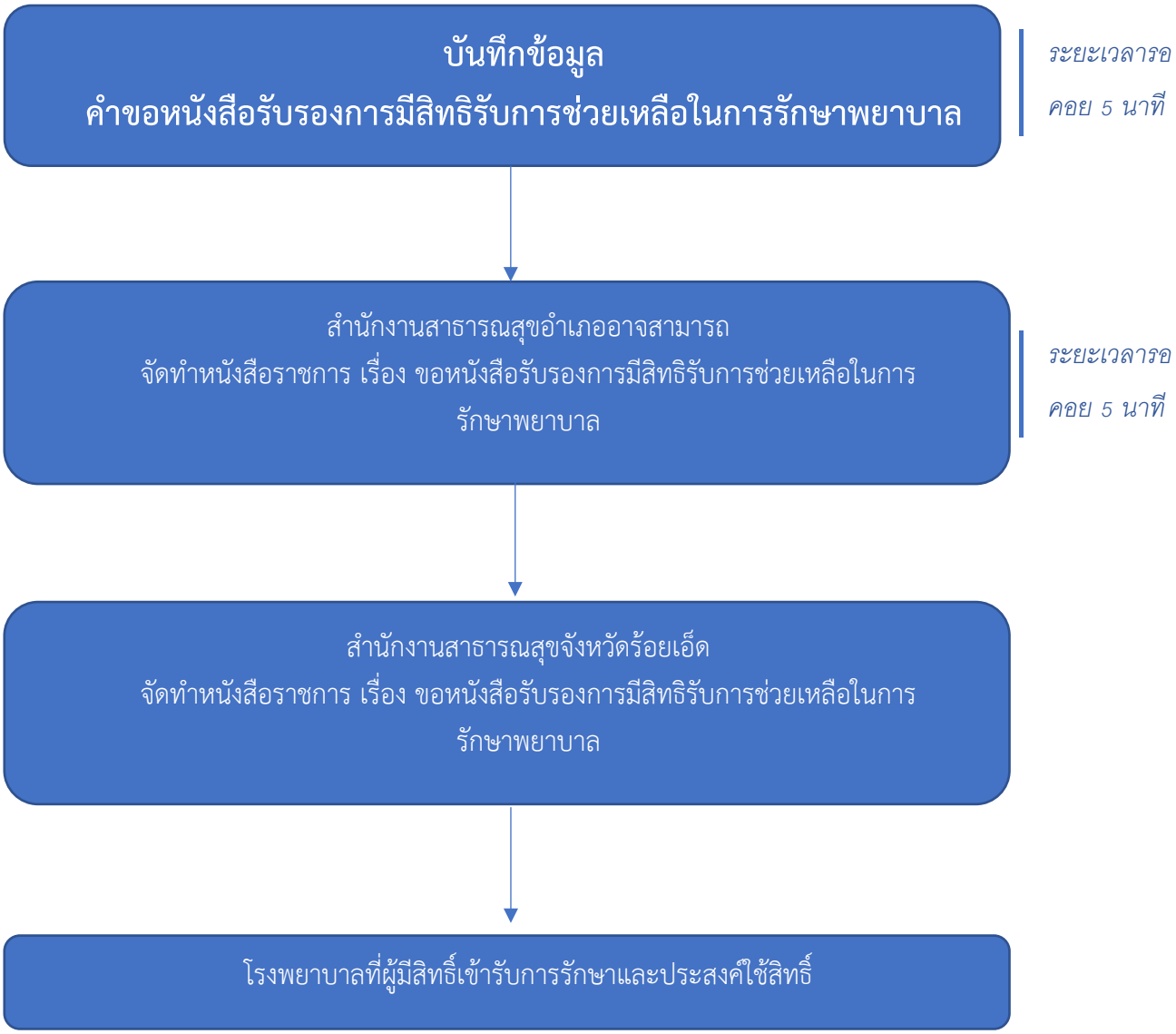
2. เสนอ .....

ขอรับรองว่า อสม. ผู้นี้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2550 สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง .....
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....

หมายเหตุ : เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย

ขั้นตอนการขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล อสม.



ขั้นตอนการขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล อสม.