

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล กรณีบุคคลในครอบครัวของ อสม.

๑. 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 ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

๒. เสนอ สาธารณสุขอำเภอป่าบอน

ขอรับรองว่า เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.)

.....จึงมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวง
 สาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่เดือน.....พ.ศ.