

คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล  
กรณี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

๑. ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....  
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง หมายเลขโทรศัพท์.....  
เลขที่ประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

มีความประสงค์ขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า มีสิทธิในกรณี

- ปฏิบัติงานหน้าที่ อสม.มาแล้วตั้งแต่ตั้งแต่วันที่.....
- เป็น อสม. ดีเด่น ระดับ.....ปี พ.ศ.....

และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อโรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
ตั้งแต่วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบ  
กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐

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

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

๒. เสนอ สาธารณสุขอำเภอป่าบอน

ขอรับรองว่า.....ผู้นี้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบ  
กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐ สมควรออกหนังสือรับรองได้

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

หมายเหตุ : เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย