**คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล**

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)…………………………………..……………………อายุ………ปี อยู่บ้านเลขที่……………….

หมู่ที่ ..................ตำบล.........................................อำเภอ......................................จังหวัด....................................รหัสไปรษณีย์.......................โทรศัพท์......................................เลขประจำตัวประชาชน ............................................... มีความประสงค์ที่จะขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ

 ข้าพเจ้า

 ................... (ระบุ บิดา,มารดา,คู่สมรส,บุตร) ชื่อ.................................................................... อายุ ............ ปี

ซึ่งได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขชื่อ.............................................อำเภอ.........................จังหวัด.........................................ตั้งแต่วันที่ ...................................................

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8) พ.ศ.2562

 (ลงชื่อ)...................................................................

 (.................................................................)

 วันที่ .................เดือน.........................พ.ศ. ..............

สสส

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

2.คำรับรองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

 (ลงชื่อ)..............................................................ผู้รับรอง

 (.............................................................)

 ตำแหน่ง..............................................................

 วันที่ ..............เดือน.........................พ.ศ. ..............

3.คำรับรองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ

 (ลงชื่อ)..............................................................ผู้รับรอง

 (.............................................................)

 ตำแหน่ง..............................................................

 วันที่ ..............เดือน.........................พ.ศ. ..............

4.เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่

ขอรับรองว่า อสม. ผู้นี้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8) พ.ศ.2562 สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ)..............................................................ผู้รับรอง

 (.............................................................)

 ตำแหน่ง..............................................................

 วันที่ ..............เดือน.........................พ.ศ. ..............

หมายเหตุ : เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย