**คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล**

 1. ข้าพเจ้า.............................................อายุ…................ปี อยู่บ้านเลขที่..................... หมู่ที่...................

ตำบล.....................................อำเภอ..........................จังหวัด.........................รหัสไปรษณีย์.................................

หมายเลขโทรศัพท์……..................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  | - |  |  | - |  |

เลขที่ประจำตัวประชาชน

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ คู่สมรส ชื่อ.................................................................... เลขประจำตัวประชาชน.......................................

 บิดา ชื่อ.................................................................... เลขประจำตัวประชาชน.......................................

 มารดา ชื่อ.................................................................... เลขประจำตัวประชาชน.......................................

 บุตร ชื่อ.................................................................... เลขประจำตัวประชาชน.......................................

 เกิดเมื่อ...................................................................................................

 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อโรงพยาบาล............................ อำเภอ............................ จังหวัด........................

ตั้งแต่วันที่ ...............................................................................

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า .........................................................เป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่8) พ.ศ.2562

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

 ( )

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

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

1. เสนอ สาธารณสุขอำเภอโพธาราม

ขอรับรองว่า................................................เป็นบุคคลในครอบครัวของอสม.ชื่อ............................................

จึงมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2562 สมควรออกหนังสือรับรองได้

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

 ( )

 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล..............................

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

แนบหลักฐานดังนี้ ๒ ชุด

1. สำเนาบัตร Smatr Card อสม.
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้ป่วย
3. สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ป่วย
4. สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีผู้ป่วยเป็นคู่สมรส)