

(แบบฟอร์มรับรองสิทธิ อสม.กรณี ตัว อสม.เข้าอนห้องพิเศษ)

ที่ นน

(ส่วนราชการ เช่น รพ.สต..สสอ.รพช.)

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วยชื่อ อสม..... อายุปี เลขที่ประจำตัวประชาชน
.....อยู่บ้านเลขที่ หมู่ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัดน่าน รหัสไปรษณีย์ แจ้งว่าได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้
ประเภทผู้ป่วยใน และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหาร
พิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....ชื่อ อสม.....เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่
๔) พ.ศ. ๒๕๕๐ ปฏิบัติหน้าที่ อสม. มาตั้งแต่ปี พ.ศ..... จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้อง
พิเศษและค่าอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(แบบฟอร์มรับรองสิทธิ อสม.กรณีครอบครัวเข้านอนห้องพิเศษ)

ที่ นน

(ส่วนราชการ เช่น สอ.สสอ.รพช.)

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วยชื่อ อสม..... อายุปี เลขที่ประจำตัวประชาชน
.....อยู่บ้านเลขที่ หมู่ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัดน่าน รหัสไปรษณีย์ แจ้งว่า (สามี,ภรรยา,บุตร,บิดา,มารดา) ชื่อ.....

.....ชื่อผู้ป่วย.....ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วย
ใน และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษหรือได้รับ
การช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ ๕๐ % กรณีที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า ๑๐ ปี

จึงขอรับรองว่า.....ชื่อ อสม.....เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับ
ที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐ ดังนี้

กรณีปฏิบัติหน้าที่ อสม. มาตั้งแต่ปี พ.ศ.....จนถึงปัจจุบัน รวม.....ปีหรือ
เป็น อสม.ดีเด่นระดับ..... จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหาร
พิเศษ จากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กรณีที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า ๑๐ ปี จะได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหาร
๕๐ % จากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ