

คู่มือสำหรับประชาชน : ขั้นตอนการขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ อสม.
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

๑. ชื่อกระบวนการ : การขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ อสม.
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : งานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน
๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยงานเดียว
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : งานบริการ
๕. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐
๖. พื้นที่ให้บริการ : ส่วนท้องถิ่น
๗. ข้อมูลสถิติ :

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๘. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน : ขั้นตอนการขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๙. ช่องทางการให้บริการ :

- สถานที่ให้บริการ

- | | | |
|--|----------------------------|-----------------------|
| ๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจิว | อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน | โทรศัพท์ ๐๘๑ ๗๖๔ ๘๑๓๑ |
| ๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเปือ | อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน | โทรศัพท์ ๐ ๕๔๗๙ ๗๑๒๑ |
| ๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงคาน | อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน | โทรศัพท์ ๐๘๙ ๘๕๔ ๒๘๕๓ |
| ๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุ | อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน | โทรศัพท์ ๐๘๑ ๗๙๖ ๙๖๕๐ |
| ๕. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านส้อ | อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน | โทรศัพท์ ๐๘๐ ๘๕๑ ๓๗๒๕ |
| ๖. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซี | อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน | โทรศัพท์ ๐๘๘ ๔๕๘ ๑๐๑๓ |
| ๗. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแก้ว | อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน | โทรศัพท์ ๐๘๗ ๑๗๕ ๖๔๔๖ |
| ๘. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระพุทธบาท | อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน | โทรศัพท์ ๐ ๕๔๗๙ ๗๓๓๐ |
| ๙. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงกลาง | อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน | โทรศัพท์ ๐ ๕๔๗๙ ๗๑๐๑ |

- ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

- หมายเหตุ -

๑๐. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	กรอกแบบคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล	ยื่นคำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล สำเนาบัตรประจำตัว อสม. และสำเนาบัตรประชาชน	๕ นาที	ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน	
๒	ตรวจสอบแบบคำขอหนังสือรับรองฯ	พิจารณา ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลแบบคำขอหนังสือรับรองฯ และสอบถามรายละเอียดประกอบแบบคำขอฯเพิ่มเติม	๑๐ นาที	ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน	
๓	การพิจารณา	เสนอแบบคำขอหนังสือรับรองฯ โดยผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนของ รพ.สต./สสอ.	๕ นาที	ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน	
๔	รับเอกสารหนังสือรับรองฯ	รับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามแบบฟอร์มที่กำหนด ลงนามโดย ผอ.รพ.สต./สสอ.	๑๐ นาที	ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน	

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๓๐ นาที

๑๑. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการแล้ว

- ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๒. ช่องทางการร้องเรียน

- ไปรษณีย์ เลขที่ เลขที่ ๕๕๒ หมู่ที่ ๑๓ ตำบลเชียงกลาง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ๕๕๑๖๐
- เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงกลาง www.sasukchiangklang.com
- ร้องเรียนผ่านโทรศัพท์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงกลาง หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๕๕๗๙ ๗๑๐๑
- กล้องรับเรื่องราวร้องทุกข์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงกลาง

วันที่พิมพ์	๒๘ มีนาคม ๒๕๖๒
สถานะ	เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงกลาง
อนุมัติโดย	สาธารณสุขอำเภอเชียงกลาง
เผยแพร่โดย	งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

๑. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....
เลขที่ประจำตัวประชาชน - - - -

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดย

ข้าพเจ้ามีสิทธิในกรณี ปฏิบัติงานหน้าที่ อสม. มาแล้วตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....
 เป็น อสม. ดีเด่น ระดับ.....ปี พ.ศ.....

และข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อ.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ตั้งแต่วันที่.....

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

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

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

๒. เสนอ.....

ขอรับรองว่า อสม. ผู้นี้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวง
สาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐ สมควรออกหนังสือรับรองได้

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

หมายเหตุ : เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย



ที่.....

.....

.....

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ด้วย.....อายุ..... ปี เลขที่ประจำตัวประชาชน
.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....แจ้งว่าได้เข้ารับการ
รักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยใน และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการ
ช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐
ปฏิบัติหน้าที่ อสม. มาตั้งแต่ปี พ.ศ. จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหาร
พิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

ฝ่าย/งาน

โทร.....

โทรสาร.....