



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น  
Wangchin District Public Health Office

คู่มือการปฏิบัติงาน/คู่มือการให้บริการประชาชน

(Work Manual)

คู่มือสำหรับประชาชน : การให้บริการการออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการ  
รักษาพยาบาล เสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม)อำเภอวังชิ้น

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

คู่มือสำหรับประชาชน : การให้บริการการออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการ

รักษาพยาบาลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม)อำเภอวังชิ้น

๑.ผู้รับบริการหลัก/ช่องทางการให้บริการประชาชน

ผู้รับบริการหลัก : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม)อำเภอวังชิ้น /ญาติสายตรง (อสม) อำเภอวังชิ้น

๒.หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

๑.สิทธิสวัสดิการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ)โดยให้หน่วยบริการยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษให้กับ อสม.ทุกคนโดยเป็นสิทธิเฉพาะตัว

๒.สิทธิสวัสดิการช่วยเหลือในการพยาบาล (ค่าห้องพิเศษและอาหาร พิเศษ)โดยหน่วยบริการยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษให้กับบุคคลในครอบครัว อสม.ซึ่งปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม.ตั้งแต่ ๑๐ ปี ขึ้นไป หรือเป็น อสม.ดีเด่นระดับจังหวัดขึ้นไป

๓.กรณี อสม.ซึ่งปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม.ไม่ถึง๑๐ปีสิทธิสวัสดิการช่วยเหลือในการพยาบาล (ค่าห้องพิเศษและอาหาร พิเศษ) โดยหน่วยบริการยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษให้ ๕๐%ให้กับ อสม.ทุกคนโดยเป็นสิทธิเฉพาะตัว

๓.สถานภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต้องไม่สิ้นสุด

๔.ยื่นคำขออนุญาตหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล คำขออนุญาตต้องออกโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ ที่อสม.ปฏิบัติงาน

๓.ช่องทางการให้บริการ

<p><b>สถานที่ให้บริการ</b> สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ เลขที่ ๑๒๗ หมู่ ๗ ตำบลวังชิ้น อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ติดต่อด้านตนเอง ณ หน่วยงาน โทรศัพท์ ๐๕๔ - ๕๘๙๑๐๓ โทรสาร ๐๕๔ -๕๘๘๒๒๙</p>	<p><b>ระยะเวลาเปิดให้บริการ</b> เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่ เวลา๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น.</p>
--	--

๔. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๑๕ นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร เจ้าหน้าที่จัดทำหนังสือรับรองตรวจสอบเอกสารและข้อมูล สถานภาพของผู้ขอหนังสือรับรอง	๕ นาที	สำนักงานสาธารณสุข อำเภอวังชิ้น
๒)	จัดทำหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการ รักษาพยาบาล เจ้าหน้าที่พิจารณาเอกสารประกอบคำขอหนังสือรับรองการ มีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล	๕ นาที	สำนักงานสาธารณสุข อำเภอวังชิ้น
๓)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ เสนอหัวหน้าส่วนราชการ/เจ้าหน้าที่ ลงนามในหนังสือรับรองฯ	๕ นาที	สำนักงานสาธารณสุข อำเภอวังชิ้น

๕. รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
๑)	-บัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
๒)	-บัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้าน (หมายเหตุ): ๑.กรณีไม่ได้แสดงบัตรประจำตัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ๒.กรณีญาติสายตรงยื่นคำขอรับรองสิทธิต้องแนบเอกสารบัตร ประจำตัวประชาชนทุกครั้ง	กรมการปกครอง
๓)	- ทะเบียนสมรส (หมายเหตุ:กรณียื่นคำขอสิทธิของคู่สมรส)	กรมการปกครอง
๔)	- ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ (ถ้ามี)	กรมการปกครอง
๕)	หนังสือรับรองหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการ รักษาพยาบาล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน เขตพื้นที่บริการ

๖. ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
ไม่มีค่าธรรมเนียม		

๗. ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
๑)	ติดต่อด้วยตนเอง ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้นที่ยื่นคำขอ (หมายเหตุ: -)
๒)	ติดต่อด้วยตนเอง/ฝ่ายบริหารงานทั่วไปสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น เลขที่ ๑๒๗ หมู่ ๗ ถนนเทศบาล ๑ ตำบลวังชิ้น อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ๕๔๑๖๐ โทรศัพท์ ๐๕๔ - ๕๘๙๑๐๓ (หมายเหตุ: -)

๘. แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
๑)	คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

หมายเหตุ

แบบคำขอนั่งสิทธิ์รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

## คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

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

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยข้าพเจ้ามี  
สิทธิในกรณี  ปีที่งานหน้าที่ อสม. มาแล้วตั้งแต่ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. ....  
 เป็น อสม. ดีเด่น ระดับ .....ปี พ.ศ. ....  
และข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษายาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข  
ชื่อ.....อำเภอ.....จังหวัด.....ตั้งแต่  
วันที่ .....

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 .....



ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการ.....

ด้วย.....อายุ.....เลขที่ประจำตัวประชาชน

.....อยู่บ้านเลขที่ ..... ซอย/ตรอก..... หมู่

ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... แจ้งว่าได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและ

ขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิ ได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๐ กรณี (ปฏิบัติหน้าที่ อสม. มาตั้งแต่สิบปีขึ้นไป หรือ ได้รับการคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับ.....ปี.....) จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

ส่วนราชการ

โทร.....

โทรสาร.....

ภาพถ่ายประกอบ

