ที่  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

 ถนนเลี่ยงเมืองทุ่งมน อ.เมือง กส ๔๖๐๐๐

 ๒๕63

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน

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

........................................................อยู่บ้านเลขที่.......................................ซอย/ตรอก……………………...

หมู่ที่……….......................... ตำบล......................................อำเภอ………….…….จังหวัด………………..…

รหัสไปรษณีย์………….….. เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.) .................................................... ได้เข้ารับ

การรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการ

ช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า............................................................เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. และผู้มี

คุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2562

จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการ

 ขอแสดงความนับถือ