

คู่มือกระบวนการขอรับเอกสารหนังสือรับรอง  
การมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปี ๒๕๖๓



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง

จังหวัดลำปาง

โทร.๐ ๕๔๒ ๖๑๑๖๗

# คำนำ

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๕๘ ให้สิทธิกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงบุคคลในครอบครัว โดยให้หน่วยบริการช่วยเหลือเฉพาะค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษโดยเรียกเก็บเพียงร้อยละ ๕๐ ของอัตราที่กำหนดไว้

สำนักงานสาธารณสุขอำเภออาจถือว่า เป็นหน่วยบริการระดับอำเภอ ที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนมากอยู่ภายใต้การกำกับดูแล การให้บริการเพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว ยามเจ็บป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือบุคคลในครอบครัว ย่อมเป็นงานบริการหลักที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จึงได้จัดทำคู่มือการขอรับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้การกำกับดูแล ให้เป็นไปด้วยความเป็นระเบียบเรียบร้อย

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่อสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สนใจทั่วไปอีกทั้งยังก่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติงาน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภออาจ  
มกราคม ๒๕๖๓

# สารบัญ

เรื่อง

หน้า

คำนำ

สารบัญ

กระบวนการขอรับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือ  
ในการรักษาพยาบาลของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

๑-๕

ภาคผนวก

**กระบวนการขอรับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล  
ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอาง จังหวัดลำปาง**

\*\*\*\*\*

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๕๘ ให้สิทธิกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงบุคคลในครอบครัว โดยให้หน่วยบริการช่วยเหลือเฉพาะค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษโดยเรียกเก็บเพียงร้อยละ ๕๐ ของอัตราที่กำหนดไว้

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอาง ถือได้ว่าเป็นหน่วยบริการระดับอำเภอ ที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนมากอยู่ภายใต้การกำกับดูแล การให้บริการเพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว ยามเจ็บป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือบุคคลในครอบครัว ย่อมเป็นงานบริการหลักที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอาง ให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จึงได้จัดทำคู่มือการขอรับหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้การกำกับดูแล ให้เป็นไปด้วยความเป็นระเบียบเรียบร้อย

ขั้นตอนการขอรับหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด สามารถขอรับหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ ๑** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ที่ประสงค์จะขอรับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ยื่นเอกสารคำขออนุญาตหนังสือรับรองการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลและบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขฯ (ฉบับจริง) ณ สถานพยาบาลที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น มีชื่ออยู่ในเขตพื้นที่นั้น รายละเอียด ดังนี้

๑. ตำบลบ้านหวด (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔,๕,๖)
  - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหวด อำเภอาง จังหวัดลำปาง
๒. ตำบลบ้านอ้อน (หมู่ที่ ๕ )
  - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหก อำเภอาง จังหวัดลำปาง
๓. ตำบลบ้านอ้อน (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔ )
  - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอ้อนเหนือ อำเภอาง จังหวัดลำปาง
๔. ตำบลบ้านโป่ง (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔,๕,๖,๗,๘,๙,๑๐,๑๑,๑๒)
  - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบพลึง อำเภอาง จังหวัดลำปาง
๕. ตำบลหลวงใต้ (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔,๕,๖,๗,๘,๙,๑๐,๑๑,๑๒)
  - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำจำ อำเภอาง จังหวัดลำปาง
๖. ตำบลบ้านแหง (หมู่ที่ ๔,๕,๖,๗)
  - ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อห้อย อำเภอาง จังหวัดลำปาง

๗. ตำบลบ้านแหง (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๗,๘)

- ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงได้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง

๘. ตำบลบ้านร้อง (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔,๙,๑๐,๑๑,๑๒)

- ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบป้อน อำเภองาว จังหวัดลำปาง

๙. ตำบลบ้านร้อง (หมู่ที่ ๕,๖,๗,๘,๑๓,)

- ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่พัฒนา อำเภองาว จังหวัดลำปาง

๑๐. ตำบลแม่ตึบ (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔,๕)

- ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอกคำใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง

๑๑. ตำบลปงเตา (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔,๕,๖,๗,๘,๙,๑๐,๑๑,๑๒,๑๓)

- ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภองาว จังหวัดลำปาง

๑๒. ตำบลนาแก (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔,๕,๖)

- ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่แป้น อำเภองาว จังหวัดลำปาง

๑๓. ตำบลหลวงเหนือ (หมู่ที่ ๑,๒,๓,๔,๕,๖,)

- ยื่นเอกสารที่ โรงพยาบาลงาว อำเภองาว จังหวัดลำปาง

โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรอกรายละเอียดในส่วนที่ ๑ ให้เรียบร้อย ก่อนยื่นแก่สถานพยาบาล

**ขั้นตอนที่ ๒** สถานบริการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของเอกสารคำขออนุญาต รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล เมื่อพบว่าเอกสารมีความถูกต้อง ให้หัวหน้าสถานพยาบาลแห่งนั้นกรอกรายละเอียดในส่วนที่ ๒ และลงลายมือชื่อเป็นผู้รับรองว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๕๘

**ขั้นตอนที่ ๓** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยื่นเอกสารคำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาล ที่ได้รับการรับรองจากสถานพยาบาลในเขตที่ตนอาศัยอยู่นั้นแก่เจ้าหน้าที่การเงินของสำนักงานสาธารณสุขอำเภองาว เพื่อตรวจสอบเอกสารและออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

**ขั้นตอนที่ ๔** เจ้าหน้าที่การเงินของสำนักงานสาธารณสุขอำเภองาว ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารคำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล เมื่อพบว่าถูกต้อง ครบถ้วนแล้วให้ออกหนังสือแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หากพบว่าเอกสารไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ให้ส่งคืนเอกสารกลับไปแก้ไขแล้วนำมายื่นใหม่อีกครั้ง

**ขั้นตอนที่ ๕** กรณีเอกสารยื่นคำขอมีความถูกต้อง ครบถ้วน ให้เจ้าหน้าที่การเงิน สำนักงานสาธารณสุขอำเภองาว ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และให้สาธารณสุขอำเภองาว เป็นผู้ลงนาม

**\*\*หมายเหตุ หนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาล มีอายุใช้งาน  
๑ เดือนนับจากวันออกหนังสือ**



**กระบวนการขอรับหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภออำเภองาว จังหวัดลำปาง**

| ลำดับที่ | กระบวนการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ระยะเวลา              | ผู้รับผิดชอบ                      |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| ๑        | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     อสม.ยื่นเอกสารคำขออนุญาตหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ณ สถานบริการ                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     สถานบริการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของเอกสารและบัตรประจำตัว อสม.                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     ถูกต้อง ครบถ้วน                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน                 </div> | ๕ นาที<br><br>๑๐ นาที | อสม.<br><br>เจ้าหน้าที่สถานบริการ |
| ๒        | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     หัวหน้าสถานพยาบาลลงนามรับรองเอกสาร                 </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ๕ นาที                | หัวหน้าสถานพยาบาล                 |
| ๓        | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     เจ้าหน้าที่การเงิน สำนักงานสาธารณสุขอำเภองาวตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารยื่นคำร้องฯ                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     ถูกต้อง ครบถ้วน                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน                 </div>                                                                                                                                                                                                  | ๑๐ นาที               | เจ้าหน้าที่การเงิน สสอ.งาว        |
| ๔        | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     เจ้าหน้าที่การเงิน สำนักงานสาธารณสุขอำเภองาวออกไปรับรองสิทธิฯ                 </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ๑๐ นาที               | เจ้าหน้าที่การเงิน สสอ.งาว        |
| ๕        | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     สาธารณสุขอำเภองาวลงนามในเอกสารรับรองสิทธิฯ                 </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ๕ นาที                | สาธารณสุขอำเภองาว                 |

ภาคผนวก





ที่ ชม ๐๓๓๒/.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ  
ตำบลนาแก อำเภอเมือง ลป ๕๒๑๑๐

วันที่.....

เรื่องรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

อายุ.....ปี ซึ่งอาศัยสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่.....ตำบล.....อำเภอเมือง  
จังหวัดลำปาง ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ที่โรงพยาบาล.....ที่ตั้ง เลขที่.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัดเชียงใหม่ ประเภผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือใน  
การรักษาพยาบาล

จึงขอรับรองว่า.....เลขประจำตัวประชาชน ..... อายุ .....

ปี ซึ่งอาศัยสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เป็น  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือใน  
การรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๖) พ.ศ.๒๕๕๘ ข้อ ๘ เป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหาร  
พิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุทธิศักดิ์ ธีระเชื้อ)

สาธารณสุขอำเภอเมือง

งานสุขภาพภาคประชาชน

กลุ่มงานพัฒนาวิชาการและคุณภาพบริการ

โทร ๐ ๕๔ ๒๖๑๑๖๗

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย

✓ ในช่อง

☐

พร้อมทั้งกรอกข้อความ

๑. เสนอ สาธารณสุขอำเภอ

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน .....ตำแหน่ง  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่.....ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดเชียงใหม่ มีความประสงค์จะขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล สำหรับการ  
รักษาพยาบาลของ

☐

ข้าพเจ้า

☐

คู่สมรส

☐

บิดา ชื่อ.....

☐

มารดา

☐

บุตร ชื่อ.....

☐

เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่(มารดา).....

☐

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

เป็นบุตรไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดู

ซึ่งมีเลขบัตรประชาชน.....ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล โรงพยาบาล  
.....ที่ตั้ง.....อำเภอ.....จังหวัดลำปางตั้งแต่วันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตาม  
ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๖) พ.ศ.๒๕๕๘ ข้อ ๘ จึงเป็นผู้มี  
สิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....

ส่วนที่ ๒ สำหรับเจ้าหน้าที่

๒.เสนอสาธารณสุขอำเภอแม่แจ่ม

ขอรับรองว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นี้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือใน  
การรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๖) พ.ศ.  
๒๕๕๘ ข้อ ๘ สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน.....