



ที่ สธ ๐๗๐๕.๐๓/๖๕๕

กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขอแจ้งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ.๒๕๖๒  
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘)

พ.ศ. ๒๕๖๒

จำนวน ๑ ฉบับ

๒) คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือ

จำนวน ๑ ชุด

๓) แบบหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือ

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกระทรวงสาธารณสุข ได้ออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ.๒๕๖๒ โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๗ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๓ เพื่อให้สวัสดิการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกคนมีมาตรฐานเดียวกัน ดังนี้

๑. อสม. ทุกคน ได้รับการยกเว้นค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษ โดยให้เป็นสิทธิช่วยเหลือเฉพาะตัวของบุคคล ทั้งนี้ อสม. ที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลจากส่วนราชการ ให้เรียกเก็บตามสิทธิก่อนส่วนที่เกินให้ได้รับการยกเว้น

๒. บุคคลในครอบครัว อสม. ได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษ ร้อยละ ๕๐ ของอัตราที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ บุคคลในครอบครัว อสม. ที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลจากส่วนราชการให้เรียกเก็บตามสิทธิก่อน ส่วนที่เกินให้เรียกเก็บร้อยละ ๕๐

ในการนี้ กระทรวงสาธารณสุข จึงขอแจ้งแนวทางการปฏิบัติการใช้ระเบียบฯ ดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้ อสม. และหน่วยบริการสาธารณสุขที่ดูแล กำกับ อสม. รวมทั้งหน่วยบริการสาธารณสุขที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน ทราบและปฏิบัติ ดังนี้

๑. กรณี อสม. ไปใช้สิทธิสวัสดิการค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษ ให้แสดงบัตรประจำตัว อสม. ณ หน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน โดยไม่ต้องใช้หนังสือรับรองจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

๒. กรณีบุคคลในครอบครัวของ อสม. ให้ อสม. จัดทำคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) ยื่นต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย และให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตรวจสอบสิทธิของบุคคลในครอบครัว อสม. ตามกฎหมาย และหากพบว่าเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบดังกล่าวนี้ ขอให้ออกหนังสือรับรองตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓) เพื่อนำไปยื่นขอใช้สิทธิ ณ หน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องถือปฏิบัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิชิต ศรีประเสริฐ)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

โทร. ๐๒ ๑๙๓๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๑

โทรสาร. ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๔๕

## คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล กรณีบุคคลในครอบครัวของ อสม.

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

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ

- คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ .....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ..... เป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการ  
 รักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

### ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

๒. เสนอ .....

ขอรับรองว่า ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.)

.....จึงมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวง

สาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....



ที่ .....

ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ.....

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการ.....

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 ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒  
จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

ส่วนราชการ

โทร.....

โทรสาร.....