**คู่มือสำหรับประชาชน** : ขั้นตอนการขอข้อมูลด้านสุขภาพอำเภอภูเพียง
**หน่วยงานที่รับผิดชอบ** : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน

---

๑. **ชื่อกระบวนงาน** : การขอข้อมูลด้านสุขภาพอำเภอภูเพียง
๒. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ** : งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน
๓. **ประเภทของงานบริการ** : กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยงานเดียว
๔. **หมวดหมู่ของงานบริการ** : งานบริการ
๕. **กฎหมายที่เกี่ยวข้อง** : พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐
๖. **พื้นที่ให้บริการ** : ส่วนท้องถิ่น
๗. **ข้อมูลสถิติ** :
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐
๘. **ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน** : ขั้นตอนการขอข้อมูลด้านสุขภาพอำเภอภูเพียง
๙. **ช่องทางการให้บริการ** :
- **สถานที่ให้บริการ** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง เลขที่ ๔๔๒ หมู่ที่ ๓ ตำบลม่วงตึ๊ด อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕
- **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. – ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)
- **หมายเหตุ** -

๑๐. **ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| ๑ | กรอกแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร | ยื่นแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร | ๑๕ นาที | งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ | |
| ๒ | ตรวจสอบแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร | พิจารณา ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลแบบคำขอข้อมูลข่าวสาร และสอบถามรายละเอียดประกอบแบบคำขอฯเพิ่มเติม | ๑๕ นาที | งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ | |
| ๓ | การพิจารณา | เสนอแบบคำขอข้อมูลข่าวสารให้ผู้มีอำนาจอนุมัติ | ๓๐ นาที | งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ | |
| ๔ | รับข้อมูล | รับข้อมูลที่ต้องการตามรูปแบบที่ตกลงในแบบคำขอ | ๗ วัน | งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ | |

**ระยะเวลาดำเนินการรวม ๗ วัน ๑ ชั่วโมง**

๑๑. **งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการแล้ว**
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

**๑๒. ช่องทางการร้องเรียน**

- ไปรษณีย์ เลขที่ ๔๔๒ หมู่ที่ ๓ ตำบลม่วงตึ๊ด อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน รหัสไปรษณีย์๕๕๐๐๐
- เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง www.pupiang.com
- ร้องเรียนผ่านโทรศัพท์หรือทางโทรสาร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕ หมายเลขโทรสาร ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕
- กล่องรับเรื่องราวร้องทุกข์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง
- E-mail สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง :SSOPUPIANG๕๕๑๔@gmail.com

| | |
|---|---|
| วันที่พิมพ์ | ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๔ |
| สถานะ | เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว |
| จัดทำโดย | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง |
| อนุมัติโดย | สาธารณสุขอำเภอภูเพียง |
| เผยแพร่โดย | งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ |

| สำหรับเจ้าหน้าที่ |
| --- |
| รับที่..... |
| วัน.....เดือน.....พ.ศ..... |

# แบบคำขอข้อมูลข่าวสาร

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....

มีความประสงค์ขอรับบริการข้อมูลข่าวสารตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐

โดย ☐ ขอตรวจดู ☐ ขอคัดสำเนา ☐ ขอเอกสาร

☐ ขอคัดสำเนาที่มีคำรับรองถูกต้อง ☐ อื่น ๆ

ในเรื่องต่อไปนี้ ๑.....

๒.....

๓.....

เพื่อใช้ประโยชน์ (ถ้ามี).....

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

---

**ความเห็นผู้รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสาร**

**เรียน** สาธารณสุขอำเภอภูเพียง

ข้อมูลข่าวสารตามคำร้องเป็นข้อมูลประเภท

☐ เปิดเผยได้ ☐ เปิดเผยไม่ได้

☐ อนุญาต เพราะ.....

.....

☐ ไม่อนุญาต เพราะ.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ).....

(.....)

……../……../……

**คำสั่ง ผู้อนุญาต**

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต

.....

.....

.....

(ลงชื่อ).....

( )

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอภูเพียง

……../……../……

**หมายเหตุ** หากท่านไม่เห็นด้วยกับคำสั่งนี้ ท่านมีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะทำงานบริหารจัดการเว็บไซต์ของหน่วยงานภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ทราบคำสั่งนี้

**คู่มือสำหรับประชาชน** : ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)
**หน่วยงานที่รับผิดชอบ** : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน

---

๑. **ชื่อกระบวนงาน** : ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)
๒. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ** : งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน
๓. **ประเภทของงานบริการ** : กระบวนงานบริการที่เชื่อมโยงหลายหน่วย
๔. **หมวดหมู่ของงานบริการ** : งานขึ้นทะเบียน
๕. **กฎหมายที่เกี่ยวข้อง** : พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕
๖. **พื้นที่ให้บริการ** : ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น
๗. **ข้อมูลสถิติ** :

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๘. **ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน** : ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)
๙. **ช่องทางการให้บริการ** :

- **สถานที่ให้บริการ** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง เลขที่ ๔๔๒ หมู่ที่ ๓ ตำบลม่วงตึ๊ด อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕
- **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. – ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)
- **หมายเหตุ** -

๑๐. **ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| ๑ | กรอกแบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า | ยื่นแบบคำขอร้องฯและสำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรอื่นที่ราชการออกให้ที่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก | ๑๕ นาที | งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง | |
| ๒ | ตรวจสอบแบบคำร้องฯ | พิจารณา ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลแบบคำร้อง และตรวจสอบฐานข้อมูลสิทธิ์ในระบบสำนักทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย | ๒๐ นาที | งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง | |
| ๓ | ลงทะเบียนสิทธิ์ | บันทึกข้อมูลลงทะเบียนสิทธิ์ ออนไลน์ ๒ รอบ ก่อนวันที่ ๑๐ และ ๒๒ ของทุกเดือน | ๑๒ วัน | งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง | |
| ๔ | อนุมัติสิทธิ์ | หน่วยงานกลาง อนุมัติสิทธิ์ ๒ รอบ วันที่ ๑๕ และ ๒๘ ของทุกเดือน | ๑๕ วัน | สปสช. | |

**ระยะเวลาดำเนินการรวม ๒๗ วัน ๓๕ นาที**

**๑๑. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการแล้ว**

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

**๑๒. ช่องทางการร้องเรียน**

- ไปรษณีย์ เลขที่ ๔๔๒ หมู่ที่ ๓ ตำบลม่วงตึ๊ด อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน รหัสไปรษณีย์๕๕๐๐๐
- เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง www.pupiang.com
- ร้องเรียนผ่านโทรศัพท์หรือทางโทรสาร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕ หมายเลขโทรสาร ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕
- กล่องรับเรื่องราวร้องทุกข์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง
- E-mail สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง : SSOPUPIANG๕๕๑๔@gmail.com

| | |
|---|---|
| วันที่พิมพ์ | ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๔ |
| สถานะ | เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว |
| จัดทำโดย | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง |
| อนุมัติโดย | สาธารณสุขอำเภอภูเพียง |
| เผยแพร่โดย | งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ |

# แบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

## ส่วนที่ 1

จุดรับคำร้อง.....

หน่วยรับลงทะเบียนและออกบัตร..... จังหวัด.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ขอลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล (นาย,นาง,น.ส.,ด.ช.,ด.ญ.อื่นๆ).....

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อาชีพ.....

1.2 ที่อยู่จริง และสามารถส่งบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลับไปให้ได้

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทรมือถือ.....

2. เหตุผลการขอลงทะเบียน

☐ ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

☐ หมดสิทธิจากสิทธิ.....

☐ มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

☐ อื่นๆ ระบุ.....

3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม) และในกรณีขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ.....

หน่วยบริการประจำ.....จังหวัด.....

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ

5. ข้าพเจ้าเก็บส่วนท้ายของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ขอลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้รับมอบอำนาจ)

(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....จนท.ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

3. การรับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

☐ มารับด้วยตนเอง

☐ ส่งทางไปรษณีย์ (แนบซองจดหมายพร้อมจ่าหน้าและติดแสตมป์)

FM – 17 - 003

## ส่วนที่ 2

### หลักฐานที่ต้องยื่นมากับคำร้องลงทะเบียน

(เอกสารที่เป็นฉบับสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ที่มีเลขประจำตัวประชาชนและรูปถ่ายติดอยู่

☐ สำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี)

☐ สำเนาทะเบียนบ้านที่ผู้ขอลงทะเบียนมีชื่ออยู่

☐ กรณีผู้ขอลงทะเบียนพักอาศัยไม่ตรงทะเบียนบ้าน ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านที่พักอาศัยอยู่จริงและเอกสารที่แสดงว่าพักอาศัยอยู่จริง เช่น หนังสือรับรองของเจ้าบ้านหรือผู้นำชุมชนพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับรอง หรือใบเสร็จค่าสาธารณูปโภคที่ระบุชื่อผู้ขอลงทะเบียน

☐ กรณีมอบอำนาจ แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

☐ อื่นๆ ระบุ.....

### หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้านาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....

ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้นาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....

ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

เป็นตัวแทนข้าพเจ้าโดยชอบด้วยกฎหมายเพื่อดำเนินการขอลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

## ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริง

### สถานะผู้รับรอง

☐ เจ้าบ้าน ☐ ผู้นำชุมชน ☐ นายจ้าง

☐ อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,น.ส.,อื่นๆ).....

ขอรับรองว่า (นาย,นาง,น.ส.,ด.ช.,ด.ญ.อื่นๆ).....

พักอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....โทรมือถือ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

**<u>การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความจริง</u>**

**<u>ผู้ที่รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย</u>**

สปสช.

**(ส่วนนี้ตัดให้ผู้ขอลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน)**

จุด/หน่วยรับคำร้อง.....

วัน/เดือน/ปีที่ขอลงทะเบียน.....

ชื่อ-สกุล (ผู้ขอลงทะเบียน).....

เลขประจำตัวประชาชน (ผู้ขอลงทะเบียน)

☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

หน่วยบริการปฐมภูมิ.....

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ.....

หน่วยบริการประจำ.....จังหวัด.....

กำหนดวันรับบัตรฯ.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน(ตัวบรรจง).....

โทรศัพท์ จุด/หน่วยรับลงทะเบียน.....

**มีข้อสงสัยสอบถาม โทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง**

ฉบับที่ 02

วันที่ 15 มกราคม 2553

**แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค**
**สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง**
**ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**
**เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑**
**สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง**

**แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง**

**ชื่อหน่วยงาน** : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง
**วัน / เดือน / ปี** : ๒๐ ธ.ค. ๒๕๖๔
**หัวข้อ** : ข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน ๑๔. คู่มือขั้นตอนการให้บริการ (ภารกิจให้บริการประชาชนตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ ของหน่วยงาน
**รายละเอียดข้อมูล**
- คู่มือขั้นตอนการให้บริการ (ภารกิจให้บริการประชาชนตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง

Link ภายนอก : ไม่มี
**หมายเหตุ** : .....
.....
.....

| **ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล** | **ผู้อนุมัติรับรอง** |
|---|---|
| ( นายวุฒิการณ์ อุปจักร์ ) | ( นายเกษตร ปะทิ ) |
| ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอภูพียง |
| วันที่ ๒๐ ธ.ค. ๒๕๖๔ | วันที่ ๒๑ ธ.ค. ๒๕๖๔ |

**ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่**

( นายวุฒิการณ์ อุปจักร์ )
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วันที่ ๒๑ ธ.ค. ๒๕๖๔

**คู่มือสำหรับประชาชน** : ขั้นตอนการขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ อสม.
**หน่วยงานที่รับผิดชอบ** : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน

---

๑. **ชื่อกระบวนงาน** : การขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ อสม.
๒. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ** : งานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน
๓. **ประเภทของงานบริการ** : กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยงานเดียว
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. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝายแก้ว อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๖๘๓๐๔๒
๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงตึ๊ด อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๙๘๖๔๔
๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าน้าว อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๙๘๙
๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาปัง อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๓๕๓
๕. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองจัง อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๘๓๑๑๖
๖. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำแก่น อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๖๘๓๓๔๔
๗. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองจัง อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๔๔๙
๘. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเกี๋ยน อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๖๘๔๐๖๖
๙. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุปผาราม อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๗๔
๑๐. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงป่าสัก อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๓๑๗๕๖
๑๑. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕

- **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. – ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

- **หมายเหตุ** -

๑๐. **ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| ๑ | กรอกแบบคำขอหนังสือรับรอง | ยื่นคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล สำเนาบัตร | ๕ นาที | ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาค | |

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | การมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล | ประจำตัว อสม. และสำเนาบัตรประชาชน | | ประชาชน | |
| ๒ | ตรวจสอบแบบคำขอหนังสือรับรองฯ | พิจารณา ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลแบบคำขอหนังสือรับรองฯ และสอบถามรายละเอียดประกอบแบบคำขอฯเพิ่มเติม | ๑๐ นาที | ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน | |
| ๓ | การพิจารณา | เสนอแบบคำขอหนังสือรับรองฯโดยผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนของ 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 ๔๔๒ หมู่ที่ ๓ ตำบลม่วงตึ๊ด อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน รหัสไปรษณีย์๕๕๐๐๐
- เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง www.pupiang.com
- ร้องเรียนผ่านโทรศัพท์หรือทางโทรสาร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕ หมายเลขโทรสาร ๐๕๔-๗๑๘๗๔๕
- กล่องรับเรื่องราวร้องทุกข์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง
- E-mail สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง : SSOPUPIANG๕๕๑๔@gmail.com

| | |
|---|---|
| วันที่พิมพ์ | ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๔ |
| สถานะ | เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว |
| จัดทำโดย | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง |
| อนุมัติโดย | สาธารณสุขอำเภอภูเพียง |
| 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 ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๕๐

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

**ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่**

๒. เสนอ.....

ขอรับรองว่า อสม. ผู้นี้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (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.....แจ้งว่าได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยใน และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

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

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

ส่วนราชการ

โทร.....

โทรสาร.....

**แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค**
**สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง**
**ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**
**เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑**
**สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง**

**แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง**

**ชื่อหน่วยงาน** : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง
**วัน / เดือน / ปี** : ๒๐ ธ.ค. ๒๕๖๔
**หัวข้อ** : ข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน ๑๔. คู่มือขั้นตอนการให้บริการ (ภารกิจให้บริการประชาชนตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ ของหน่วยงาน
**รายละเอียดข้อมูล**
- คู่มือขั้นตอนการให้บริการ (ภารกิจให้บริการประชาชนตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเพียง

Link ภายนอก : ไม่มี
**หมายเหตุ** : .....
.....
.....

| **ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล** | **ผู้อนุมัติรับรอง** |
|---|---|
| ( นายวุฒิการณ์ อุปจักร์ ) | ( นายเกษตร ปะทิ ) |
| ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอภูพียง |
| วันที่ ๒๐ ธ.ค. ๒๕๖๔ | วันที่ ๒๑ ธ.ค. ๒๕๖๔ |

**ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่**

( นายวุฒิการณ์ อุปจักร์ )
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วันที่ ๒๑ ธ.ค. ๒๕๖๔