

เล่มที่.....

(โลโก้)

เลขที่.....

ใบเสร็จรับเงิน

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

กองทุนหลักประกันสุขภาพ ..... เลขที่ .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ได้รับเงินจาก ..... ที่อยู่ .....

ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	

จำนวนเงิน ..... บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน

(.....)