|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| เล่มที่.....................  เลขที่.....................  **ใบเสร็จรับเงิน**  วันที่............... เดือน.............................. พ.ศ. .......................  กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล..........................ตำบล.................... อำเภอ........................ จังหวัด....................  ได้รับเงินจาก................................................................................................................. ที่อยู่.....................ซอย.............................. ถนน.........................................อำเภอ.................................. จังหวัด...................................... ดังรายการต่อไปนี้ | | |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| จำนวนเงิน ....................................................................................................................................... บาท  (ตัวอักษร)  ลงชื่อ.................................................................... ผู้รับเงิน  (................................................................) | | |