|  |
| --- |
| **ใบสำคัญรับเงิน** วันที่.................เดือน............................พ.ศ. ........................ ข้าพเจ้า...................................................... นามสกุล .......................................................อยู่บ้านเลขที่...................... ซอย..................ถนน...................................ตำบล................................... อำเภอ.............................. จังหวัด................................. ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ................................................... ตำบล............................... อำเภอ........................... จังหวัด....................................... ดังรายการต่อไปนี้ |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  จำนวนเงิน ....................................................................................................................................... บาท (ตัวอักษร) ลงชื่อ.................................................................... ผู้รับเงิน  (................................................................) ลงชื่อ..................................................................... ผู้จ่ายเงิน (...............................................................)  |