

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

วันที่ 1 ต.ค. 2561

เรียน ประธานกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุโดเจริญ ได้อนุมัติโครงการพัฒนาศักยภาพบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุโดเจริญ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ให้แก่ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม อบต.อุโดเจริญ จำนวน ..... บาท นั้น กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีความประสงค์จะส่งใช้เงินยืมโครงการดังกล่าว เป็นเงิน ๑๐,๔๐๐.- บาท และส่งใช้เป็นเงินสด เป็นเงิน ๑,๐๐๐.- บาท จาก นางสาววิตรี อนันตะพงษ์

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก  
(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)

ตำแหน่ง กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

<p>ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทำรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ..... บาท (.....)</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ (นางสาวอภิญญา หมั่นระเระ) เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน วันที่ 1 ต.ค. 2561</p>	<p>เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน .....๑๐,๔๐๐.-..... บาท</p> <p>ลงชื่อ..... (นางอนิศา ทวาสโก) ผู้อำนวยการกองคลัง วันที่ 01 ต.ค. 2561</p>
<p>เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ..... ๑๐,๔๐๐.-..... บาท</p> <p>ลงชื่อ จ.ส.ต ..... ( พยूर โหมแก้ว ) เลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุโดเจริญ วันที่ 01 ต.ค. 2561</p>	<p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน.....๑๐,๔๐๐.-.....บาท</p> <p>ลงชื่อ..... ( นายพรภิรมย์ คมขำ ) ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ วันที่ 01 ต.ค. 2561</p>
<p>จ่ายเป็น Δ เงินสด Δ เช็ค ธนาคาร ..... บัญชีเลขที่ ..... เลขที่เช็ค..... ลงวันที่ ..... จำนวนเงิน ..... บาท (.....) จ่ายให้ .....</p>	<p>ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง) (.....) ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง) (.....)</p>

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

<p>ได้รับเงินจำนวน ..... บาท ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (๑) (.....) วันที่ .....</p>	<p>ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ..... บาท ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน (.....) ตำแหน่ง ..... วันที่.....</p>
---	--

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

## บันทึกข้อความ

สำนักงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ อำเภอ ควนกาหลง จังหวัดสตูล ๙๑๑๓๐  
ที่ กองทุนฯ / ๒๕๖๑ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงิน เพื่อจ่ายเป็นค่าส่งใช้เงินยืมค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ และ  
ค่าตอบแทนคณะทำงาน ตามโครงการพัฒนาศักยภาพบริหารจัดการกองทุนฯ อบต.อุโดเจริญ  
เรียน ประธานกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

### เรื่องเดิม

ด้วยในวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๑ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ มีความจำเป็นที่จะต้องจ่ายเงิน เป็นค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่อสรุปผลการดำเนินงานกองทุนฯ และพิจารณาอนุมัติโครงการปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และเป็นค่าเบี้ยตอบแทนคณะทำงาน ตามโครงการเพิ่มพูนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุโดเจริญ ประเภทที่ ๔ เป็นเงิน ๑๑,๔๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

### ข้อเท็จจริง

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ จึงขอส่งใช้เงินยืมตามโครงการเพิ่มพูนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุโดเจริญ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เป็นเงิน ๑๐,๔๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นสี่ร้อยบาทถ้วน) และส่งใช้เป็นเงินสด เป็นเงิน ๑,๐๐๐.- บาท จาก นางสาวตรี อนันตะพงษ์

### ระเบียบ

ตามระเบียบเงินกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ พ.ศ. ๒๕๕๗ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การกำหนดค่าตอบแทนกรรมการ อนุกรรมการ คณะทำงาน หรือผู้ดำเนินงานหมวด ๗ ข้อ ๒๖ (๑)

### ข้อเสนอ/พิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ หากเห็นชอบโปรดลงนามในเอกสารที่เสนอมาพร้อมนี้

(นางสาวตรี อนันตะพงษ์)

กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

จ.ส.ต.

(พยุร ไหมแก้ว)

เลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

-อนุมัติ

(นายพรภิมย์ คมขำ)

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ



เล่มที่ 1

เลขที่ 19/๒2

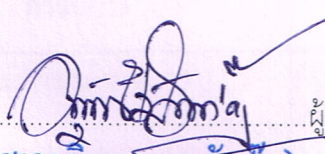
### ใบเสร็จรับเงิน

วันที่ 1 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2561

กองทุนหลักประกันสุขภาพ ..... อบต. อ.เมือง ..... เลขที่ ..... หมู่ที่ 1  
ตำบล ..... อ.เมือง ..... อำเภอ ..... อ.เมือง ..... จังหวัด ..... สตูล  
ได้รับเงินจาก ..... นางสาวศิริ ..... อ.เมือง ..... ที่อยู่ ..... 168 ..... หมู่ที่ 14  
..... ตำบลท่าม่วง ..... อำเภอเทพา ..... จังหวัดสงขลา  
ดังรายการต่อไปนี้


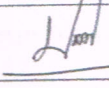
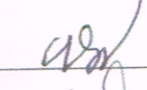
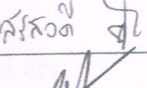
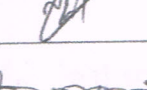

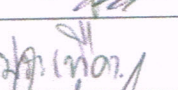
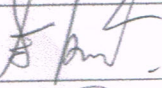
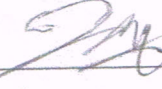


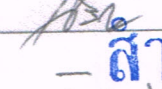
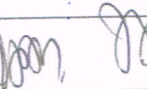
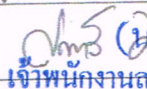
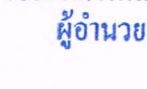
รายการ	จำนวนเงิน
- รับเงิน ค่าเบี้ยประกันสุขภาพ อบต. อ.เมือง และค่าตอบแทนการทำงาน เบื้องต้น	1,000 - -
บาท	1,000 - -

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (..... - เงินหนึ่งพันบาทถ้วน - .....) )

ลงชื่อ .....  ..... ผู้รับเงิน  
(นางสาวกัญญา หมั่นระ) .....  
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม  
กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ  
ครั้งที่ ๕ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

วันศุกร์ ที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๑ เวลา ๑๓.๐๐ น. ณ ห้องประชุมสภาองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๑.	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนกาหลง	—	
๒.	สาธารณสุขอำเภอควนกาหลง	—	
๓. นายพรภิรมย์ คมขำ	ประธานกรรมการ		
๔. นายประคิน สังข์แก้ว	รองประธานกรรมการ		
๕. นายยาหอด หลังเมือง	รองประธานกรรมการ		
๖. นางสุศรีสวัสดิ์ ศิริหิ๊งค์โค	ผอ.รพ.สต. บ้านฝ้าง๓๔	สุศรีสวัสดิ์ 	
๗. นางสีปรี บุษบงกัไพฑูรย์	ผอ.รพ.สต. อุเดเจริญ		
๘. นายจุลี พูลสวัสดิ์	กรรมการ		
๙. นายสุนันท์ พรหมอินทร์	กรรมการ		
๑๐. นางประเทือง แดงแย้ม	กรรมการ	ประเทือง 	
๑๑. นายเสรี เตชะวันโต	กรรมการ	เสรี 	
๑๒. นางสาวกฤษณนุช น้อยกูด	กรรมการ		
๑๓. นายนที ชูทอง	กรรมการ	นที 	
๑๔. นางอภิสรารัตนวรรณ	กรรมการ		
๑๕. นายเจริญ สีนวลอินทร์	กรรมการ		
๑๖. นางอภิรดี ทองเต็ม	กรรมการ	— <b>สำเนาถูกต้อง</b>	
๑๗. จำสืบทารวจ พยุร ใหมแก้ว	กรรมการ/เลขานุการ		
๑๘. นางสาวตรี อนันตะพงษ์	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ		

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน รักษาการแทน  
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

สัญญาการยืม

เลขที่ /

ยื่นต่อ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอุเ็จริญ

วันครบกำหนด

ข้าพเจ้า นางสาวตรี อนันตะพงษ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน  
สังกัด กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จังหวัด สตูล

มีความประสงค์ขอยืมเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุเ็จริญ  
เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย เงินยืมตรงจ่าย ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ ในการประชุม วันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๑ และ  
ค่าตอบแทนคณะทำงานติดตามโครงการ

ยืมเงินตรงจ่าย ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ จำนวน ๑๘ คน ๆ ละ ๔๐๐ บาท และค่าเบี้ยตอบแทนคณะทำงาน  
ติดตามโครงการ จำนวน ๒๑ คน ๆ ละ ๒๐๐ ตามโครงการเพิ่มพูนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุน หลักประกัน  
สุขภาพ อบต. อุเ็จริญ

- ค่าเบี้ยประชุมกรรมการกองทุนฯ (จำนวน ๑๘ คนๆ ละ ๔๐๐)
- ค่าตอบแทนกรรมการติดตามโครงการ (จำนวน ๒๑ คนๆ ละ ๒๐๐)

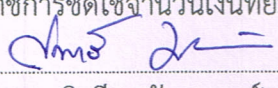
๗,๒๐๐.-

๔,๒๐๐.-

(ตัวอักษร) (- เงินหนึ่งหมื่นหนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน -)

๑๑,๔๐๐.-

ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการทุกประการ และจะนำใบสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้องพร้อมทั้งเงิน  
เหลือจ่าย (ถ้ามี) ส่งใช้ภายในกำหนดไว้ในระเบียบการเบิกจ่ายเงิน คือ ภายใน \_\_\_\_\_ วัน นับแต่วันที่ได้รับเงินยืมนี้  
ถ้าข้าพเจ้าไม่ส่งตามกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงจะ  
ได้รับจากทางราชการชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบถ้วนได้ทันที

ลายมือชื่อ  ผู้ยืม

วันที่ 28 ก.ย. 2561

(นางสาวตรี อนันตะพงษ์)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

เสนอ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอุเ็จริญ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรอนุมัติให้ยืมตามใบยืมฉบับนี้ได้ จำนวน ๑๑,๔๐๐.๐๐ บาท

(ลงชื่อ) 

วันที่ 28 ก.ย. 2561

(นางอนิสรา ทวาสีโก)

ผู้อำนวยการกองคลัง

คำอนุมัติ

อนุมัติให้ยืมตามเงื่อนไขข้างต้นได้ เป็นจำนวนเงิน ๑๑,๔๐๐.๐๐ บาท (- เงินหนึ่งหมื่นหนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน -)

(ลงชื่อ) 

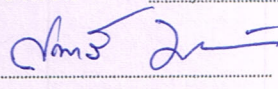
วันที่ 28 ก.ย. 2561

(นายพรภิรมย์ คมขำ)

นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอุเ็จริญ

ใบรับเงิน

ได้รับเงินยืมจำนวน ๑๑,๔๐๐.๐๐ บาท (- เงินหนึ่งหมื่นหนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน -) ไปเป็นการถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) 

ผู้รับเงิน 28 ก.ย. 2561 วันที่

(นางสาวตรี อนันตะพงษ์)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

