

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

วันที่ 19 มี.ค. 2561

ที่ ..... /2561.....

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุเดเจริญ ได้อนุมัติโครงการพัฒนาศักยภาพบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุเดเจริญ ปีงบประมาณ 2561 ให้แก่ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม อบต.อุเดเจริญ จำนวน ..... บาท นั้น กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีความประสงค์จะส่งใช้เงินยืมโครงการดังกล่าว เป็นเงิน 5,200.- บาท และส่งใช้เป็นเงินสด เป็นเงิน 2,400.- บาท จาก นางสาวตรี อนันตะพงษ์

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก  
 ( นางสาวตรี อนันตะพงษ์ )  
 ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน  
 รักษาการแทน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ..... บาท (.....)  
 ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ  
 (นางสาวอภิญญา .....)  
 เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน  
 วันที่ 19 มี.ค. 2561

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น  
 เห็นควรให้เบิกจ่าย  
 จำนวน .....5,200.-..... บาท  
 ลงชื่อ.....  
 ( นางอนิตรา ทวาสโก )  
 ผู้อำนวยการกองคลัง  
 วันที่ 19 มี.ค. 2561

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น  
 เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
 จำนวน ..... 5,200.-..... บาท  
 ลงชื่อ.....  
 ( นายขจรพงศ์ มีขำ )  
 ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ  
 วันที่ 19 มี.ค. 2561

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
 จำนวนเงิน.....5,200.-.....บาท  
 ลงชื่อ.....  
 ( นายพรภิรมย์ คมขำ )  
 นายองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ  
 วันที่ 19 มี.ค. 2561

จ่ายเป็น Δ เงินสด Δ เช็ค  
 ธนาคาร ..... บัญชีเลขที่ .....  
 เลขที่เช็ค..... ลงวันที่ .....  
 จำนวนเงิน ..... บาท (.....)  
 จ่ายให้ .....

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร  
 ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง)  
 (.....)  
 ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง)  
 (.....)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ..... บาท  
 ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1)  
 (.....)  
 วันที่ .....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ..... บาท  
 ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน  
 (.....)  
 ตำแหน่ง .....  
 วันที่.....

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

## บันทึกข้อความ

สำนักงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ อำเภอ ควนกาหลง จังหวัดสตูล ๙๑๑๓๐

ที่ กองทุนฯ / ๒๕๖๑ วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงิน เพื่อจ่ายเป็นค่าส่งใช้เงินยืมค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ  
ตามโครงการเพิ่มพูนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุนฯ อบต.อุเดเจริญ

เรียน ประธานกรรมการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

### เรื่องเดิม

ด้วยในวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๑ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ มีความจำเป็นต้องจ่ายเงิน เป็นค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่อพิจารณาแผนงาน/โครงการเข้าแผนงาน กองทุนฯ และเพื่อขออนับสนับสุนงบประมาณเพื่อดำเนินงานกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ตามโครงการ เพิ่มพูนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุเดเจริญ ประเภทที่ ๔ เป็นเงิน ๗,๖๐๐.- (เจ็ดพันหกร้อยบาทถ้วน)

### ข้อเท็จจริง

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ จึงขอส่งใช้เงินยืมตามโครงการ เพิ่มพูนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุเดเจริญ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เป็นเงิน ๕๒๐๐.- บาท (ห้าพันสองร้อยบาทถ้วน) และส่งใช้เป็นเงินสด เป็นเงิน ๒๔๐๐.- บาท จาก นางสาวตรี อนันตะพงษ์

### ระเบียบ

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

### ข้อเสนอ/พิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ หากเห็นชอบโปรดลงนามในเอกสารที่เสนอมาพร้อมนี้

(นางสาวตรี อนันตะพงษ์)

จพง.สาธารณสุขชำนาญงาน รักษาการแทน  
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

(นายจรพงศ์ มีชา)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

-อนุมัติ

(นายพรภิรมย์ คมขำ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ



เล่มที่...1.....

เลขที่...13./61..

## ใบเสร็จรับเงิน

วันที่...19..... เดือน...พฤษภาคม..... พ.ศ...2561.....

กองทุนหลักประกันสุขภาพ ...อบต...คูโกละหรณู..... เลขที่.....-..... หมู่ที่...1.....

ตำบล...คูโกละหรณู..... อำเภอ...ควนกาหลง..... จังหวัด...สตูล.....

ได้รับเงินจาก...นางสาววิตรี ลนคันทะพงษ์..... ที่อยู่...168 หมู่ที่ 14.....

.....อำเภอควนกาหลง..... อำเภอควนกาหลง..... จังหวัด...สตูล.....

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
..... <u>อันดับค่าเบี้ยประกันสุขภาพของกรม กองทุนฯ เป็นเงิน</u> .....	2,400	-
บาท	2,400	-

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (.....สองพันสี่ร้อยบาทถ้วน.....)

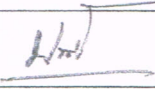
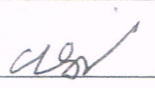

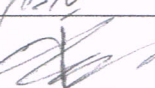
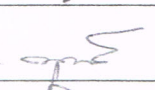
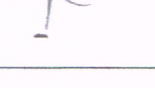
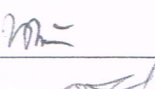
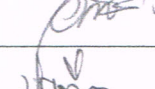

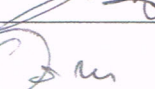
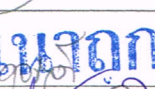
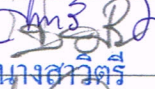
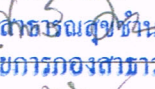
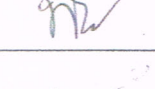

ลงชื่อ.....[Signature].....ผู้รับเงิน  
(.....นางสาววิตรี ลนคันทะพงษ์.....)

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

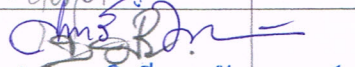
กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

ครั้งที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๑๘ มกราคม ๒๕๖๑ เวลา ๑๓.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสภาองค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ที่อยู่	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๑.		สาธารณสุขอำเภอควนกาหลง	-	
๒.		ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนกาหลง	-	
๓.	นายพรภิรมย์ คมขำ	ประธานกรรมการกองทุนฯ	-	
๔.	นายประคิน สังข์แก้ว	ผู้ทรงคุณวุฒิ		ทำหน้าที่ประธาน กองทุนฯ.
๕.	นายยาหอด หลังเมือง	ผู้ทรงคุณวุฒิ		
๖.	นางสีปตรี บุชบงกัไพฑูรย์	ผอ.รพ.สต.อุโดเจริญ	-	
๗.	นางสุศรีสวัสดิ์ ศิริทิงคโค	ผอ.รพ.สต.บ้านฝั่ง ๓๔	-	
๘.	นายเจริญ สีนวลอินทร์	กรรมการ		
๙.	นายสุนันท์ พรหมอินทร์	กรรมการ		
๑๐.	นายจุล  पुलสวัสดิ์	กรรมการ		
๑๑.	นายเสรี เตชะวันโต	กรรมการ		
๑๒.	นายนที ชูทอง	กรรมการ		
๑๓.	นางอภิสรารัตนวรรณ	กรรมการ		
๑๔.	นางประเทือง แดงแย้ม	กรรมการ		
๑๕.	นางสาวกฤษณนุช น้อยภูด	กรรมการ		
๑๖.	นางอภิรดี ทองเต็ม	กรรมการ		
๑๗.	นางดุจฤดี แสงเพชร	กรรมการ		
๑๘.	นายขจรพงศ์ มีขำ	กรรมการและเลขานุการ		
๑๙.	นางสาววิตรี อนันตะพงษ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ		
๒๐.	น.ส. นฤพัชร์ เสือทอง	ประธานชมรมแม่ข่ายโรคไต		
๒๑.				
๒๒.				
๒๓.				

**สำเนาถูกต้อง**

  
(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน รักษาการแทน  
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

## สัญญาการยืม

เลขที่ 3 / 61

ยื่นต่อ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

วันครบกำหนด

ข้าพเจ้า นางสาวศิริ อนันตะพงษ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

สังกัด กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จังหวัด สตูล

มีความประสงค์ขอยืมเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุโดเจริญ

เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย เงินยืมตรงจ่าย ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ ในการประชุมวันที่ 18 มกราคม 2561

ยืมเงินตรงจ่าย ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ โครงการเพิ่มพูนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุน  
หลักประกันสุขภาพ อบต. อุโดเจริญ ค่าเบี้ยประชุม จำนวน 19 คน ๆ ละ 400 บาท


- ค่าเบี้ยประชุม

7,600.-

(ตัวอักษร) (-เงินเจ็ดพันหกร้อยบาทถ้วน-)

7,600.-

ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการทุกประการ และจะนำไปสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้องพร้อมทั้งเงิน  
เหลือจ่าย (ถ้ามี) ส่งใช้ภายในกำหนดไว้ในระเบียบการเบิกจ่ายเงิน คือ ภายใน..... วัน นับแต่วันที่ได้รับเงินยืมนี้  
ถ้าข้าพเจ้าไม่ส่งตามกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงจะ  
ได้รับจากทางราชการชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบถ้วนได้ทันที

ลายมือชื่อ  ผู้ยืม

วันที่ 18 ม.ค. 2561

(นางสาวศิริ อนันตะพงษ์)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

เสนอ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรอนุมัติให้ยืมตามใบยืมฉบับนี้ได้ จำนวน 7,600.00 บาท

(ลงชื่อ) 


วันที่ 18 ม.ค. 2561

(นางอนิศรา ทวาสีโก)

ผู้อำนวยการกองคลัง

คำอนุมัติ

อนุมัติให้ยืมตามเงื่อนไขข้างต้นได้ เป็นจำนวนเงิน 7,600.00 บาท (-เงินเจ็ดพันหกร้อยบาทถ้วน-)

(ลงชื่อ) 

วันที่ 18 ม.ค. 2561

(นายพรภิรมย์ คมขำ)

นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

ใบรับเงิน

ได้รับเงินยืมจำนวน 7,600.00 บาท (-เงินเจ็ดพันหกร้อยบาทถ้วน-) ไปเป็นการถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) 

ผู้รับเงิน วันที่ 18 ม.ค. 2561

(นางสาวศิริ อนันตะพงษ์)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน