|  |
| --- |
| 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  (................................................................) |