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