

## ใบเบิกเงิน

## กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองพัทลุง

ที่ 35/2565

วันที่ 25 มกราคม 2565

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองพัทลุง ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ศูนย์แพทย์ชุมชนท่ามิหรำ โรงพยาบาลพัทลุง ปี 2565 ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์แพทย์ชุมชนท่ามิหรำ โรงพยาบาลพัทลุง จำนวน 11,465.00 บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันสี่ร้อยหกสิบห้าบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์แพทย์ชุมชนท่ามิหรำ โรงพยาบาลพัทลุง มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 11,465.00 บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันสี่ร้อยหกสิบห้าบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน เงินโครงการประกันสุขภาพ UC (เงินบำรุง) โรงพยาบาลพัทลุง จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

( นายศราวุธ สายสิงห์ )

ผู้ขอเบิก

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทราบดีการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 1,357,854.15 บาท (หนึ่งล้านสามแสนห้าหมื่นเจ็ดพันแปดร้อยห้าสิบบาทสี่สตางค์)

ลงชื่อ

( นางสาวพิมพ์พิชญ์ ศรีหนูสุด )

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

วันที่

25 ส.ค. 2565

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

เห็นควรให้เบิกจ่าย

จำนวน 11,465.00 บาท

ลงชื่อ

( นางสาวพรพนา หนูทวี )

หัวหน้าฝ่ายบริหารงานคลัง รักษาการแทนผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่

25 ส.ค. 2565

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 11,465.00 บาท

ลงชื่อ

( นางจรินทร์ ชำสุต )

รองปลัดเทศบาล รักษาการแทน ปลัดเทศบาลเมืองพัทลุง

วันที่

26 ส.ค. 2565

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน 11,465.00 บาท

ลงชื่อ

( นายวาทิต ไทศาลศิลป์ )

นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

วันที่

26 ส.ค. 2565

จ่ายเป็น

△ เชื้อชุดโครม/ตัวแลงเงิน/ชามัด

△ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)

△ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

บัญชีเลขที่ 010452594179

เลขที่เช็ค 44437546

ลงวันที่ 25 ส.ค. 2565

จำนวนเงิน 11,465.00 บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันสี่ร้อยหกสิบห้าบาทถ้วน)

จ่ายให้

เงินโครงการประกันสุขภาพ UC (เงินบำรุง) โรงพยาบาลพัทลุง

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ

( นายศราวุธ สายสิงห์ )

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ

( นายวาทิต ไทศาลศิลป์ )

นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

ผู้มีอำนาจลงนาม

## หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 11,465.00 บาท

ลงชื่อ

( นายวาทิต ไทศาลศิลป์ )

ผู้รับเงิน (1)

ตำแหน่ง

( นายวาทิต ไทศาลศิลป์ )

ลงชื่อ

( )

ผู้รับเงิน (2)

ตำแหน่ง

( )

วันที่

25 ก.พ. 2565

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 11,465.00 บาท

ลงชื่อ

( นางสาวเพ็ญภา หนูฤทธิ์ )

ผู้จ่ายเงิน

ตำแหน่ง

( นางสาวเพ็ญภา หนูฤทธิ์ )

วันที่

25 ก.พ. 2565

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :








**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 Identification Number 1 9305 00033 00 5  
 นางสาว น.ศ. มารศรี อินทรียอด  
 Name Miss Marasri  
 Last name Inyod  
 เกิด 22 พ.ย. 2528  
 Date of Birth 22 Nov. 1985  
 อายุ 36 ปี  
 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0  
 12 พ.ย. 2014 21 พ.ย. 2022  
 28 Nov. 2014 21 Nov. 2022  
 Date of Issue Date of Expiry 5200-01-11120024

เอกสารฉบับนี้ใช้ประกอบการรับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ค่าหนักตัว  
 ๕๗.๗๕ กิโลกรัม  
 (๕๗.๗๕ กิโลกรัม ๕๗.๗๕ กิโลกรัม)

BORA-16-04  
  
  
 THAILAND  
 JTO-0929284-92



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
 เลขประจำตัวประชาชน 3 8001 01865 58 6  
 Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล นาย จรุง บุญกาญจน์  
 Name Mr. Jaroon Bunyakan

ชื่อตัว Mr. Jaroon  
 Last name Bunyakan

เกิดวันที่ 21 ธ.ค. 2509  
 Date of Birth 21 Dec. 1966

ศาสนา พุทธ

สีตจ 271/3 หมู่ที่ 1 ต.สีซล อ.สีซล  
 จ.นครศรีธรรมราช

13 มี.ค. 2561  
 13-Mar. 2018

วันที่หมดอายุ  
 20 ธ.ค. 2569  
 20 Dec. 2024

เลขประจำตัวประชาชน 3 8001 01865 58 6  
 8014-04-03131447

เอกสารฉบับนี้ใช้ประกอบการรับเงินอุดหนุนผู้ป่วยกึ่งผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเมืองพัทลุง เท่านั้น

สำเนาถูกต้อง

SpL

(นายจรุง บุญกาญจน์)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง

BORA-2.0-02-2560



ประเทศไทย  
 THAILAND

MED--1205381-24

# หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....โรงพยาบาลพัทลุง

วันที่ 23 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นายจรง บุญกาญจน์ อายุ 55 ปี  
เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย อยู่บ้านเลขที่ 421 หมู่ที่ - ตรอก/ซอย -  
ถนน งามศรี ตำบล/แขวง คูหาสวรรค์ อำเภอ/เขต เมือง  
จังหวัด พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์ 074-609500

ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่.....  
ได้มอบอำนาจให้ นางสาวมารศรี อินทรยอด อายุ 37 ปี  
เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย อยู่บ้านเลขที่ 195 หมู่ที่ 5 ตรอก/ซอย -  
ถนน - ตำบล/แขวง ปันแต อำเภอ/เขต ควนขนุน  
จังหวัด พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์ 093-6093829

เป็นผู้มีอำนาจ รับเงินสนับสนุนโครงการจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพัทลุง  
.....แทนข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการกระทำที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปนั้น ให้ถือเสมือนหนึ่งเป็น  
การกระทำของข้าพเจ้า และเพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ  
ต่างได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ..... (นายจรง บุญกาญจน์) ผู้มอบอำนาจ  
(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง)

ลงชื่อ..... มารศรี อินทรยอด ผู้รับมอบอำนาจ  
(น.ส.มารศรี อินทรยอด)

ลงชื่อ..... พยาน  
(นายอินทรี ใจใจ)

ลงชื่อ..... พยาน  
(นางสาวกานดา ใจใจ)