



ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า อยู่บ้านเลขที่

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ..... ที่อยู่.....

.....
ดั่งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	

จำนวนเงิน บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน

(.....)