



เล่มที่.....

เลขที่.....

ใบเสร็จรับเงิน

วันที่ เดือน พ.ศ.

กองทุนหลักประกันสุขภาพ เลขที่

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้รับเงินจาก ที่อยู่

ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	

จำนวนเงิน บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน

(.....)