



# สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

120 หมู่ 3 ชั้น 2 - 4 อาคารรัฐประศาสนภักดี(อาคาร B) " ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 "

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210 โทรศัพท์ 021414000 โทรสาร 021439730

วันที่ 22 ก.ย. 64  
เวลา .....

ที่ สปสช. 6.70/(อ) 3.02580 .....

วันที่ 18.11.2021 .....

เรื่อง แจ่งโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรียน ผู้อำนวยการ / ผู้ประกอบกิจการ ..... กองทุนสุขภาพตำบลอบต.บ้านไร่ ..... (..... L1022 .....)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบแสดงรายละเอียดการเบิกจ่ายเงินแยกรายการ ..... เลขที่ ID No.015520211118 .....

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการ โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้กับ  
หน่วยงานของท่าน โดยมีจำนวนเงินและรายการ โอนเงินตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 รวมเป็นจำนวนเงิน  
ทั้งสิ้น ..... 444,060.00 ..... บาท (..... สี่แสนสี่หมื่นสี่พันหกสิบบาทถ้วน ..... )  
และโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ..... ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ..... เลขที่ ..... 018652065833 .....  
เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ ..... 18.11.2021 ..... ทั้งนี้ท่านสามารถตรวจสอบและทำการ Download รายละเอียดการ โอนเงิน  
ตามรายการข้างต้น ได้ที่ <http://www.nhso.go.th/> เลือกเมนู ->หน่วยบริการ -> NHSO Budget -> รายงานการจ่ายเงินกองทุน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาตรวจสอบยอดเงินในบัญชีเงินฝากธนาคารของท่าน หากพบว่ามีรายการที่ไม่ถูก  
ต้องกรุณาหักท้วงภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ มิฉะนั้นถือว่าเป็นรายการที่ถูกต้องครบถ้วน และเมื่อได้รับเงิน  
โอนเรียบร้อยแล้ว โปรดส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

เขียน นายคอบต.บ้านไร่  
 เพื่อโปรดทราบ  
แจ้ง.....  
.....  
 เห็นควรพิจารณาดำเนินการต่อไป  
.....  
(นางสาววรินดา จังโคฎี)  
เจ้าหน้าที่งานธุรการชำนาญงาน

ขอแสดงความนับถือ

(นางเบญจมาศ เลิศชาคร)

ผู้ช่วยเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



(นายมนตรี สติรานุวัฒน์)  
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่

ฝ่ายบริหารระบบการเงินและบัญชีกองทุน  
โทร : 089-8700677 / 062-5900786 / 084-3878051  
โทรสาร : 0-2143-9745  
ผู้รับผิดชอบ : คุณ โยธิน อูระชื่น / คุณศิริภรณ์ สุตนพัฒน์ / คุณณัฐนันท์ อ่วมน้อย

- Help desk : **หมายเหตุ**
1. หนังสือออก โดยระบบอัตโนมัติ
  2. หน่วยบริการภาครัฐ ในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่าน เพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) เขาตรวจสอบต่อไป
  3. กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้ สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนการรักษาพยาบาลสิทธิ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
  4. กรณียอดเงิน โอน ไม่ถูกต้องและต้องการ โอนเงินคืนให้กับ สปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการ โอนเงิน เนื่องจากเป็นการ โอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ



# สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

120 หมู่ 3 ชั้น 2 - 4 อาคารรัฐประศาสนภักดี(อาคาร B) " ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 "  
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210 โทรศัพท์ 021414000 โทรสาร 021439730

## ใบแสดงรายละเอียดการโอนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ กองทุนสุขภาพตำบลอบต.บ้านไร่ ( L1022 ) ณ. วันที่ 18.11.2021 ID No. 0155

กองทุน	งวด	จำนวนเงินจัดสรร ในงวดนี้	บวก โอนคืนเงิน ที่ระลอบ	หัก ยอดเงินรอหักกลบ /หักประกัน ในงวดนี้	หัก ยอดหนี้ ยกมา	หัก ภาษี ณ ที่จ่าย 1%	คงเหลือเงินโอน
ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	จัดสรรเงิน กบปท 6 5_ครั้งที่ 1	444,060.00	0.00				444,060.00
<b>รวมทั้งสิ้น</b>		<b>444,060.00</b>					<b>444,060.00</b>

### หมายเหตุ

- หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
- หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่านเพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) เข้มาตรวจสอบต่อไป
- กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้स्पสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนการรักษายาพยาบาลสิทธิ์ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ स्पสช.
- กรณียอดเงิน โอนไม่ถูกต้องและต้องการ โอนเงินคืนให้กับस्पสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอความค้ำประกันการ โอนเงินเนื่องจากการ โอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ



2022000014830

### แบบตอบรับเงินโอนค่าบริการทางการแพทย์

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย  ใบเสร็จรับเงิน จำนวน ..... ฉบับ  
 อื่นๆ ระบุ .....

ตามที่ได้รับทราบการสนับสนุนเงินค่าบริการทางการแพทย์ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จำนวนเงินทั้งสิ้น

444,060.00

บาท

(สี่แสนสี่หมื่นสี่พันหกสิบบาทถ้วน)

กองทุนสุขภาพตำบลอบต.บ้านไร่ (L1022)

ได้รับการโอนเงินดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

จึงขอจัดส่งใบเสร็จรับเงิน หรืออื่นๆ ที่ระบุ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นหลักฐานต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดทราบ

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์ .....

โทรสาร .....

ว/ค/ป .....

**หมายเหตุ**

1. หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
2. ส่วนต่างของเงิน โอนที่เกิดจากการหักภาษี ณ ที่จ่าย และ/หรือค่าธรรมเนียมธนาคารผู้รับเงินเป็นผู้รับผิดชอบ  
ดังนั้นขอให้ออกใบเสร็จให้กับ สปสช. ตามจำนวนเงินที่ระบุในหนังสือ
3. ขอให้ท่านแนบหนังสือฉบับนี้มาทุกครั้งที่มีการจัดส่งใบเสร็จหรือหลักฐานตอบรับการ โอนเงินให้ สปสช.

กรุณาจัดส่งเอกสารกลับมาที่

ฝ่ายบริหารระบบการเงินและบัญชีกองทุน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๗ชั้น๒-๔ อาคารรัฐประศาสนภักดี(อาคาร B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๘๐พรรษา แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่

กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐