

แบบการเบิกจ่ายเงินเดือนข้าราชการ
ประจำเดือน..... พ.ศ.....

ฝ่าย.....สำนักงานเขต.....

กอง/สำนักงาน.....สำนัก.....

วันที่..... / มีจำนวน.....แผ่น

แผ่นที่.....

| ที่ | ตำแหน่ง | ระดับ | เลขที่ | ชื่อ - สกุล | อัตรา เงินเดือน | จำนวนเงิน ขอเบิก | เงินผลการออกสิทธิ ชั่วคราวตามระเบียบ กระทรวงสาธารณสุข | เงินช่วยเหลือ ค่าครองชีพ ตามข้อบัญญัติ กรม. | รวม เงินได้ | ภาษี เงินได้ | จ่ายจริง | ลงชื่อ | หมายเหตุ |
|-------------|---------|-------|--------|-------------|--------------------|---------------------|---|--|----------------|-----------------|----------|--------|----------|
| | | | | | | | | | | | | | |
| รวมเป็นเงิน | | | | | | | | | | | | | |

จำนวนเงินขอเบิก บาท (.....ตัวอักษร.....)

ลงชื่อ.....ผู้เบิก
(.....)

ได้จ่ายเงินตามรายการนี้จริง

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)