(แบบ ง. ๒)

**ใบสำคัญรับเงิน**

วันที่ ............. เดือน ........................... พ.ศ. ....................

สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่อยู่/ที่ตั้ง ............................................

...................................................................................... ได้รับเงินในบัญชี “กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เขต..........” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .....................จากสำนักงานกองทุนสาขา................... ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| รายการ | จำนวนเงิน | หมายเหตุ |
| ๑. เงินคงเหลือในบัญชีฯ  ๒. ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร  โดยได้รับเป็นเช็คธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)  สาขา......................................................................................................  เลขที่.................................................... ลงวันที่..................................... |  |  |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น |  |  |

จำนวนเงิน (....................................................................................)

(ตัวอักษร)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ลงชื่อ) | ................................................................ | ผู้รับเงิน |
|  | (.............................................................) |  |
|  |  |  |
| (ลงชื่อ) | ................................................................ | ผู้จ่ายเงิน |
|  | (.............................................................) |  |
| ตำแหน่ง | ................................................................ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ลงชื่อ) | ................................................................ | (ลงชื่อ) | ................................................................ |
|  | (.............................................................) |  | (.............................................................) |
|  | พยาน |  | พยาน |