



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ

ที่ ยล ๐๐๓๒.๑๐๕ / ๒๑

วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติโอนเงินกองทุนสร้างเสริมและป้องกัน ปังบประมาณ ๒๕๖๓

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยะลา

ฝ่ายการเงิน
โรงพยาบาลยะลา
วันที่รับ 23/12/2563
วันที่ 23 ธ.ค. 2563
ปี 16304

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้โอนเงินงบกองทุนสร้างเสริมและป้องกัน ปังบประมาณ ๒๕๖๓ ให้แก่โรงพยาบาลยะลา เข้าบัญชีเงินฝาก ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เลขที่ ๐๑๐๖๑๒๓๓๓๐๙๘ ดังมีรายการต่อไปนี้

เลขที่หนังสือสพ.สช.	วันที่โอน	Dent ANC	Dent Child	FP	รวม
สปสช.๒.๑๗/(อ)ว.๐๐๙๓๖	๓๑_๐๑_๖๓	๔๘,๐๐๐	๒,๕๕๐	๒,๕๐๐	๕๓,๐๕๐
สปสช.๒.๑๗/(อ)ว.๐๑๐๔๙	๒๘_๐๒_๖๓	๗๙,๐๐๐	๔๑๐,๔๐๐	-	๔๘๙,๔๐๐
สปสช.๒.๑๗/(อ)ว.๐๑๑๙๕	๓๑_๐๓_๖๓	๑๐๒,๐๐๐	-	-	๑๐๒,๐๐๐
สปสช.๒.๑๗/(อ)ว.๐๑๔๑๙	๒๙_๐๕_๖๓	๔๒,๕๐๐	-	๒,๕๐๐	๔๕,๐๐๐
สปสช.๒.๑๗/(อ)ว.๐๑๕๔๔	๓๐_๐๖_๖๓	-	-	๗,๕๐๐	๗,๕๐๐
สปสช.๒.๑๗/(อ)ว.๐๐๐๙๙	๒๑_๑๐_๖๓	-	๕,๑๗๘,๒๕๐	-	๕,๑๗๘,๒๕๐
รวมเป็นเงิน		๒๗๑,๕๐๐	๕,๕๙๑,๒๐๐	๑๒,๕๐๐	๕,๘๗๕,๒๐๐

ในการนี้ กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ ขออนุมัติจัดสรรงบกองทุนสร้างเสริมและป้องกันโรค ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลยะลา เป็นเงิน ๕,๘๗๕,๒๐๐ บาท (เงินห้าล้านแปดแสนเจ็ดหมื่นห้าพันสองร้อยบาทถ้วน) ตามเอกสารแนบท้าย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นางสาวชินตา พุทธิยาสถาพร)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาอายุรกรรม)

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ

ส่วนการเงิน

เป็นการมอบ.....

ผู้อำนวยการ

29/12/23
๕๕๐๓.๖๓

การจัดสรรเงินค่าบริการตรวจสอบสุขภาพ ช่องปากและบริการขัด ทำความสะอาดฟันของหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ตั้งแต่ ตุลาคม - เมษายน 2563

หน่วยบริการ รักษา (HSUB)	ชื่อหน่วยบริการ	รายการ ประเภทที่ขอเบิก	รวมโอนเงินแล้ว (6211-6304)		รายการประเภท ที่ขอเบิก	รวมยอดเงินโอน สุทธิ(6211-6304)	วางแผนครอบครัว	รวมยอดเงินทั้งหมด
			500					
			จำนวนเคส	จำนวนเงิน				
10015	รพ.สต. บ้านยะลา	ANC_DENT	35	17,500	DENT_CHILD	126,350	0	143,850
10016	รพ.สต. บ้านบุดี	ANC_DENT	19	9,500	DENT_CHILD	125,850	0	135,350
10017	รพ.สต. บุดี	ANC_DENT	34	17,000	DENT_CHILD	643,000	0	660,000
10018	รพ.สต. ยูโป	ANC_DENT	19	9,500	DENT_CHILD	193,350	0	202,850
10019	รพ.สต. บ้านทุ่งยามู	ANC_DENT	10	5,000	DENT_CHILD	84,750	0	89,750
10020	รพ.สต. บ้านลิตร	ANC_DENT	36	18,000	DENT_CHILD	361,800	0	379,800
10021	รพ.สต. บ้านท่าสาป	ANC_DENT	56	28,000	DENT_CHILD	471,300	0	499,300
10022	รพ.สต. บ้านลำใหม่	ANC_DENT	27	13,500	DENT_CHILD	453,500	0	467,000
10023	รพ.สต. บ้านหน้าถ้ำ	ANC_DENT	5	2,500	DENT_CHILD	189,150	0	191,650
10024	รพ.สต. บ้านท่าเนียบ	ANC_DENT	14	7,000	DENT_CHILD	58,450	0	65,450
10025	รพ.สต. บ้านเนียง	ANC_DENT	33	16,500	DENT_CHILD	545,650	0	562,150
10026	รพ.สต. บ้านตาสา	ANC_DENT	35	17,500	DENT_CHILD	230,250	0	247,750
10027	รพ.สต. บ้านบันนังบูโย	ANC_DENT	45	22,500	DENT_CHILD	809,850	0	832,350
10028	รพ.สต. สะเตงนอก	ANC_DENT	38	19,000	DENT_CHILD	383,250	0	402,250
10029	รพ.สต. บ้านวังกระ	ANC_DENT	23	11,500	DENT_CHILD	383,600	0	395,100
10030	รพ.สต. บ้านตาเซะ	ANC_DENT	21	10,500	DENT_CHILD	138,600	0	149,100
14108	รพ.สต. บ้านบาโงบายาแด	ANC_DENT	37	18,500	DENT_CHILD	368,300	0	386,800
77684	รพ.สต. นิงบารู	ANC_DENT	25	12,500	DENT_CHILD	0	0	12,500
15226	ศสช. บ้านสะเตง	ANC_DENT	-	-	DENT_CHILD	0	0	-
15227	ศสช. ตลาดเก่า	ANC_DENT	-	-	DENT_CHILD	0	0	-
24017	ศูนย์บริการสาธารณสุข 3	ANC_DENT	-	-	DENT_CHILD	0	0	-

หน่วยบริการ รักษา (HSUB)	ชื่อหน่วยบริการ	รายการ ประเภทที่ขอเบิก	รวมโอนเงินแล้ว (6211-6304)		รายการประเภท ที่ขอเบิก	รวมยอดเงินโอน สุทธิ(6211-6304)	วางแผนครอบครัว	รวมยอดเงินทั้งหมด
			500					
			จำนวนเคส	จำนวนเงิน				
24018	ศูนย์บริการสาธารณสุข 4	ANC_DENT	-	-	DENT_CHILD	0	0	-
24705	ศูนย์บริการสาธารณสุข 1	ANC_DENT	-	-	DENT_CHILD	0	0	-
10684	โรงพยาบาลยะลา	ANC_DENT	31	15,500	DENT_CHILD	24,200	12,500	52,200
รวมเขตสสอเมือง			512	256,000		5,567,000	0	5,823,000
รวมเขตเทศบาล			-	-		0	0	-
รวมโรงพยาบาลยะลา			31	15,500		24,200	12,500	52,200
รวมทั้งหมด			543	271,500		5,591,200	12,500	5,875,200

สรุปยอดเงินที่ต้องโอน

รพ.สต. 5,823,000 บาท

โรงพยาบาลยะลา 52,200 บาท

เทศบาลนครยะลา 0 บาท

รวมเป็นเงิน 5,875,200 บาท

(เงินห้าล้านแปดแสนเจ็ดหมื่นห้าพันสองร้อยบาทถ้วน)

ผู้จัดสรร

ลงชื่อ.....

(นางวิภารัตน์ ทองธรรมชาติ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ผู้ควบคุม

ลงชื่อ.....

(น.ส.ชินตา พุทธิยาสถาพร)

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ

ตรวจสอบถูกต้อง

ลงชื่อ.....

(นายบุญลือ นวลจันทร์)

สาธารณสุขอำเภอเมืองยะลา

ตรวจสอบถูกต้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

หน้าฝ่ายการเงิน

ผู้อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้จ่ายเงิน

ลงชื่อ.....

(.....)

หน่วย บริการรักษา (HSUB)	รายการ ประเภทที่ขอเบิก	6211		6212		6301		6302		6303		6304		รวมโอนเงินแล้ว (6211-6304)	
		500		500		500		500		500		500		500	
		จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน
24018	ANC_DENT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24705	ANC_DENT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10684	ANC_DENT	-	-	3	1,500	-	-	17	8,500	11	5,500	-	-	31	15,500
รวมเขตสสอเมือง		-	-	93	46,500	147	73,500	187	93,500	-	-	85	42,500	512	256,000
รวมเขตเทศบาล		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รวมโรงพยาบาลยะลา		-	-	3	1,500	-	-	17	8,500	11	5,500	-	-	31	15,500
รวมทั้งหมด		-	-	96	48,000	147	73,500	204	102,000	11	5,500	85	42,500	543	271,500

การตรวจสุขภาพ ช่องปากและบริการขัด ทำความสะอาดฟันของเด็ก ตั้งแต่ ตุลาคม - เมษายน 2563

รหัสหน่วย (HSUB)	รายการประเภทที่ขอเบิก	6211		6212		6301		6302		6303	
		จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน
10015	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	4	400	35	3,500	11	1,100
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	-	-	39	11,000	350	87,750
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10016	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	49	4,900	65	6,500	40	4,000
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,000
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-	-	64	60,300
10017	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	540	54,000	303	30,300	107	10,700
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	5	5,000	92	84,500	280	261,750
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	1	600	1	1,100	126	125,100
10018	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	375	37,500	145	14,500	34	3,400
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	-	-	59	37,500	53	32,500
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-	-	1	500
10019	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	11	1,100	-	-	54	5,400
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	3	1,000	45	19,500	31	29,500
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10020	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	30	3,000	597	59,700	57	5,700
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	131	104,250	88	60,750	82	11,750
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	2	1,700	-	-	1	350
10021	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	232	23,200	362	36,200	172	17,200
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	-	-	95	93,000	367	340,250
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,100
	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	416	41,600	95	9,500	293	29,300

รหัสบัญชี (HSUB)	รายการผลประโยชน์ของเงิน	6211		6212		6301		6302		6303	
		จำนวนเฉลี่ย	จำนวนเงิน	จำนวนเฉลี่ย	จำนวนเงิน	จำนวนเฉลี่ย	จำนวนเงิน	จำนวนเฉลี่ย	จำนวนเงิน	จำนวนเฉลี่ย	จำนวนเงิน
10022	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	17	16,000	84	81,750	465	375,250
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-	-	6	5,000
10023	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	33	3,300	97	9,700	65	6,500
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	9	2,250	29	29,000	26	25,000
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10024	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	27	2,700	216	21,600	21	2,100
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	-	-	-	-	1	500
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10025	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	29	2,900	90	9,000	5	500
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	16	8,000	7	4,250	-	-
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	1	350	358	254,500	317	229,850
10026	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	151	15,100	29	2,900	300	30,000
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	-	-	10	3,750	8	2,000
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	8	3,700	1	350
10027	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	193	19,300	27	2,700
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	-	-	25	21,000	420	380,750
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10028	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	68	6,800	29	2,900	69	6,900
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	63	25,000	92	42,750	513	282,500
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10029	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	52	5,200	190	19,000	111	11,100
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	11	5,250	17	17,000	-	-
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	2	1,200	41	42,600	295	282,250

ปีงบประมาณ (FISUB)	หมวดหมู่ผลประโยชน์ที่ขอเบิก	6211		6212		6301		6302		6303	
		จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
99,745	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10,684	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	7	700	21	2,100	7	700	16	1,600
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	3	1,250	13	7,000	7	3,250	6	3,750
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	1	600	1	600	1	350	3	2,300
มณฑลสต.เมือง	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	2,286	228,600	2,525	252,500	1,558	155,800
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	261	168,250	860	639,000	2,864	2,059,750
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	6	3,850	408	301,900	812	704,800
รวมเขตเทศบาล	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รวมโรงพยาบาล	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	7	700	21	2,100	7	700	16	1,600
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	3	1,250	13	7,000	7	3,250	6	3,750
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	1	600	1	600	1	350	3	2,300
รวมทั้งหมด	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	7	700	2,307	230,700	2,532	253,200	1,574	157,400
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	3	1,250	274	175,250	867	642,250	2,870	2,063,500
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	1	600	7	4,450	409	302,250	815	707,100

ตรวจสอบสุขภาพ ช่องปากและบริการขัด ทำความสะอาดฟันของเด็ก ตั้งแต่ ตุลาคม - เมษายน 2563

รหัสหน่วย (H SUB)	รายการประเภทที่ขอเบิก	6304		รวม โอนเงินแล้ว(6211-6304)		รวม (6211-6304)	เรียกคืน	ยอดเงินที่โอน
		จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน			
10015	DENT_CHILD_FLUORIDE	126	12,600	176	17,600	126,350	-	126,350
	DENT_CHILD_SEALANT	40	10,000	429	108,750			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-			
10016	DENT_CHILD_FLUORIDE	12	1,200	166	16,600	125,850	-	125,850
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	2	2,000			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	52	46,950	116	107,250			
10017	DENT_CHILD_FLUORIDE	1	100	951	95,100	643,000	-	643,000
	DENT_CHILD_SEALANT	67	64,750	444	416,000			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	5	5,100	133	131,900			
10018	DENT_CHILD_FLUORIDE	62	6,200	616	61,600	193,350	-	193,350
	DENT_CHILD_SEALANT	138	61,250	250	131,250			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	1	500			
10019	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	65	6,500	84,750	-	84,750
	DENT_CHILD_SEALANT	34	28,250	113	78,250			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-			
10020	DENT_CHILD_FLUORIDE	277	27,700	961	96,100	361,800	-	361,800
	DENT_CHILD_SEALANT	3	3,000	304	179,750			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	105	83,900	108	85,950			
10021	DENT_CHILD_FLUORIDE	40	4,000	806	80,600	623,700	152,400	471,300
	DENT_CHILD_SEALANT	110	108,750	572	542,000			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	1	1,100			
	DENT_CHILD_FLUORIDE	7	700	811	81,100			

รหัสหน่วย (HSUB)	รายการประเภทที่ขอเบิก	6304		รวม โอนเงินแล้ว(6211-6304)		รวม (6211-6304)	เรียกคืน	ยอดเงินที่โอน
		จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน			
10022	DENT_CHILD_SEALANT	60	43,250	626	516,250	602,350	148,850	453,500
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	6	5,000			
10023	DENT_CHILD_FLUORIDE	4	400	199	19,900	189,150	-	189,150
	DENT_CHILD_SEALANT	115	113,000	179	169,250			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-			
10024	DENT_CHILD_FLUORIDE	118	11,800	382	38,200	58,450	-	58,450
	DENT_CHILD_SEALANT	34	19,750	35	20,250			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-			
10025	DENT_CHILD_FLUORIDE	18	1,800	142	14,200	545,650	-	545,650
	DENT_CHILD_SEALANT	63	34,500	86	46,750			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	676	484,700			
10026	DENT_CHILD_FLUORIDE	347	34,700	827	82,700	230,250	-	230,250
	DENT_CHILD_SEALANT	194	137,750	212	143,500			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	9	4,050			
10027	DENT_CHILD_FLUORIDE	146	14,600	366	36,600	809,850	-	809,850
	DENT_CHILD_SEALANT	387	371,500	832	773,250			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-			
10028	DENT_CHILD_FLUORIDE	164	16,400	330	33,000	383,250	-	383,250
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	668	350,250			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-			
10029	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	353	35,300	383,600	-	383,600
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	28	22,250			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	338	326,050			

รหัสหน่วย (H SUB)	รายการประเภทที่ขอเบิก	6304		รวม โอนเงินแล้ว(6211-6304)		รวม (6211-6304)	เรียกคืน	ยอดเงินที่โอน
		จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน			
10030	DENT_CHILD_FLUORIDE	22	2,200	359	35,900	138,600	-	138,600
	DENT_CHILD_SEALANT	54	42,750	144	96,250			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	7	6,450	7	6,450			
14,108	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	203	20,300	368,300	-	368,300
	DENT_CHILD_SEALANT	41	38,500	401	348,000			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-			
77,684	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-			
15,226	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-			
15,227	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-			
24,017	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-			
24,018	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-			
24,705	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-	-	-	-
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-			

รหัสหน่วย (HSUB)	รายการประเภทที่ขอเบิก	6304		รวม โอนเงินแล้ว(6211-6304)		รวม (6211-6304)	เรียกคืน	ยอดเงินที่โอน
		จำนวนเคส	จำนวนเงิน	จำนวนเคส	จำนวนเงิน			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-			
99,745	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-			
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-			
10,684	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	51	5,100	24,200	-	24,200
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	29	15,250			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	6	3,850			
วมเขตสสอ.เมือง	DENT_CHILD_FLUORIDE	1,344	134,400	7,713	771,300	5,868,250	301,250	5,567,000
	DENT_CHILD_SEALANT	1,340	1,077,000	5,325	3,944,000			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	169	142,400	1,395	1,152,950			
รวมเขตเทศบาล	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	-	-			
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	-	-			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	-	-			
รวมโรงพยาบาล	DENT_CHILD_FLUORIDE	-	-	51	5,100	24,200	-	24,200
	DENT_CHILD_SEALANT	-	-	29	15,250			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	-	-	6	3,850			
รวมทั้งหมด	DENT_CHILD_FLUORIDE	1,344	134,400	7,764	776,400	5,892,450	301,250	5,591,200
	DENT_CHILD_SEALANT	1,340	1,077,000	5,354	3,959,250			
	DENT_CHILD_SEALANT_FLUORIDE	169	142,400	1,401	1,156,800			

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๓ชั้น๒-๔ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๕๐พรรษาฯ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๑๔๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๓๕๗๓๐ www.nhso.go.th

1

ที่ สปสช. 2.17/(อ) ว.00936

วันที่ 31.01.2020

เรื่อง แจงโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการ / ผู้ประกอบกิจการ โรงพยาบาลยะลา (0000010684)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบแสดงรายละเอียดการเบิกจ่ายเงินแยกรายการ เลขที่ ID No.055020200131

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้กับ
หน่วยงานของท่าน โดยมีจำนวนเงินและรายการโอนเงินตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 รวมเป็นจำนวนเงิน
ทั้งสิ้น 17,672,797.65 บาท (สิบเจ็ดล้านหกแสนเจ็ดหมื่นสองพันเจ็ดร้อยเก้าสิบเจ็ดบาทหกสิบบาทหกร้อยสามสตางค์)
และโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เลขที่ 010612333098
เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 31.01.2020 ทั้งนี้ท่านสามารถตรวจสอบและทำการ Download รายละเอียดการโอนเงิน
ตามรายการข้างต้นได้ที่ <http://www.nhso.go.th/> เลือกเมนู -> หน่วยบริการ -> NHSO Budget -> รายงานการจ่ายเงินกองทุน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาตรวจสอบยอดเงินในบัญชีเงินฝากธนาคารของท่าน หากพบว่ามีรายการที่ไม่ถูกต้อง
ต้องกรุณาหักทวงภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ มิฉะนั้นถือว่าเป็นรายการที่ถูกต้องครบถ้วน และเมื่อได้รับเงิน
โอนเรียบร้อยแล้วโปรดส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นางกฤติยา ศรีประเสริฐ)

ประธานกลุ่มภารกิจบริหารกองทุน

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักการเงินและบัญชีกองทุน

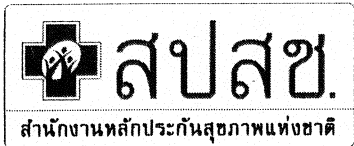
โทร : 061-4024203/062-5900786/089-8700677

โทรสาร : 0-2143-9745

ผู้รับผิดชอบ : คุณวิไล คล้ายทอง/คุณศิริภรณ์ สุตนพัฒน์/คุณ โยชิน อูระชิน

หมายเหตุ

1. หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
2. หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่าน เพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สดง.) เขาตรวจสอบต่อไป
3. กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้ สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนการศึกษาพยาบาลสิทธิ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
4. กรณีหน่วยงานเอกชน สปสช. จะจัดส่งหนังสือรับรองการหักภาษีให้ทางไปรษณีย์
5. กรณียอดเงินโอนไม่ถูกต้องและต้องการ โอนเงินคืนให้กับ สปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการโอนเงิน เนื่องจากเป็นการโอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๓ชั้น๒-๔ ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๘๐พรรษา แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๔๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๔๓๗๓๐ www.nhso.go.th

ใบแสดงรายละเอียดการ โอนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ

โรงพยาบาลยะลา (0000010684)

ณ. วันที่ 31.01.2020 ID No. 0550

กองทุน	งวด	จำนวนเงินจัดสรร ในงวดนี้	บวก โอนคืนเงิน ที่ชะลอ	หัก ยอดเงินรอกหักกลับ /หลักประกัน ในงวดนี้	หัก ยอดหนี้ ยกมา	หัก ภาษี ณ ที่จ่าย 1%	คงเหลือเงินโอน
กองทุน CENTRAL REIMBURSE	6212	4,885,559.00	0.00				4,885,559.00
กองทุน CENTRAL REIMBURSE	OP REFER6212	641,798.00	0.00				641,798.00
กองทุนผู้ป่วยนอก	OP REFER6212	432,232.00	0.00	243,241.84			188,990.16
กองทุนผู้ป่วยใน	6211 อุตกรรม		7,000.00		237,773.90		(230,773.90)
กองทุนผู้ป่วยใน	6212	12,134,174.39	0.00				12,134,174.39
กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	6212	53,050.00	0.00				53,050.00
	Dent enc	4,400.00					
	Dent child	2,550.00					
	FP	2,500.00					
	=	5,305.00					
รวมทั้งสิ้น		18,146,813.39	7,000.00	243,241.84	237,773.90		17,672,797.65

หมายเหตุ

- หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
- หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่านเพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) เข้าตรวจสอบต่อไป
- กรณี อุต. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้ สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนคาร์ทิกายาพยาบาลสิทธิ์ อุต." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
- กรณีหน่วยงานเอกชน สปสช. จะจัดส่งหนังสือรับรองการหักภาษีให้ทางไปรษณีย์
- กรณียอดเงิน โอนไม่ถูกต้องและต้องการ โอนเงินคืนให้กับ สปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการ โอนเงิน เนื่องจากเป็นการ โอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๑๗ชั้น๒-๔ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๕๐พรรษาฯ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๑๔๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๓๗๗๓๐ www.nhso.go.th

ที่ สปสช. 2.17/(อ) ว.01049

วันที่ 28.02.2020

เรื่อง แจ้งโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการ / ผู้ประกอบกิจการ โรงพยาบาลยะลา (0000010684)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบแสดงรายละเอียดการเบิกจ่ายเงินแยกรายการ เลขที่ ID No.064820200228

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้กับหน่วยงานของท่าน โดยมีจำนวนเงินและรายการโอนเงินตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 25,875,405.75 บาท (..... ยี่สิบห้าล้านแปดแสนเจ็ดหมื่นห้าพันสี่ร้อยห้าบาทเจ็ดสิบบห้าสตางค์) และโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เลขที่ 010612333098 เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 28.02.2020 ทั้งนี้ท่านสามารถตรวจสอบและทำการ Download รายละเอียดการโอนเงินตามรายการข้างต้นได้ที่ <http://www.nhso.go.th/> เลือกเมนู -> หน่วยบริการ -> NHSO Budget -> รายงานการจ่ายเงินกองทุน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาตรวจสอบยอดเงินในบัญชีเงินฝากธนาคารของท่าน หากพบว่ามีรายการที่ไม่ถูกต้องกรุณาหักทวงภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ มิฉะนั้นถือว่าเป็นรายการที่ถูกต้องครบถ้วน และเมื่อได้รับเงินโอนเรียบร้อยแล้วโปรดส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นางกฤติยา ศรีประเสริฐ)

ประธานกลุ่มภารกิจบริหารกองทุน

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักการเงินและบัญชีกองทุน

โทร : 061-3989381/089-8700677

โทรสาร : 0-2143-9745

ผู้รับผิดชอบ : คุณหนึ่งฤทัย นุชาพิมพ์/คุณโยธิน อูระชื่น

หมายเหตุ

1. หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
2. หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่านเพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) เขาตรวจสอบต่อไป
3. กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้ สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนคาร์ิกษาพยาบาลสิทธิ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
4. กรณีหน่วยงานเอกชน สปสช. จะจัดส่งหนังสือรับรองการหักภาษีให้ทางไปรษณีย์
5. กรณียอดเงินโอนไม่ถูกต้องและต้องการโอนเงินคืนให้กับ สปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการโอนเงิน เนื่องจากเป็นการโอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่ ๕ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอสามพราน นครปฐม ๑๑๑๑๐
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐
โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๔๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๔๕๗๓๐ www.nhso.go.th

ใบแสดงรายละเอียดการโอนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ

โรงพยาบาลยะลา (0000010684)

ณ. วันที่ 28.02.2020 ID No. 0648

กองทุน	งวด	จำนวนเงินตัดสรร ในงวดนี้	บวก โอนคืนเงิน ที่ชะลอ	หัก ยอดเงินรอหักกลับ /หักประกันในงวดนี้	หัก ยอดหนี้ ยกมา	หัก ภาษี ณ ที่จ่าย 1%	คงเหลือเงินโอน
กองทุน CENTRAL REIMBURSE	6301	6,696,805.15	0.00				6,696,805.15
กองทุน CENTRAL REIMBURSE	OP REFER6301	672,329.00	0.00				672,329.00
กองทุนผู้ช่วยนอก	OP REFER6301	383,879.00	0.00	301,612.89			82,266.11
กองทุนผู้ช่วยใน	6301	17,934,605.49	0.00				17,934,605.49
กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	6301	489,400.00	0.00				489,400.00
	Dent anc	4,000					
	Dent child	110,400					
	=	114,400					
รวมทั้งสิ้น		26,177,018.64		301,612.89			25,875,405.75

หมายเหตุ

- หนึ่งสี่ออก โดยระบบอัตโนมัติ
- หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่านเพื่อส่งงานท่านเพื่อส่งงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) เขาตรวจสอบต่อไป
- กรณีอุปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้ สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนคาร์ดิออลสุขภาพเด็ก อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
- กรณีหน่วยงานเอกชน สปสช. จะจัดส่งหนังสือรับรองการหักภาษีเงินได้ทางไปรษณีย์
- กรณียอดเงินโอนไม่ถูกต้องและต้องการ โอนเงินคืนให้กับ สปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการ โอนเงิน เนื่องจากเป็นการ โอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๓ชั้น๒-๔ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๘๐พรรษาฯ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๑๔๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๔๕๙๓๐ www.nhso.go.th

3

ที่ สปสช. 2.17/(อ) ว.01195

วันที่ 31.03.2020

เรื่อง แจงโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการ / ผู้ประกอบกิจการ โรงพยาบาลยะลา (0000010684)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบแสดงรายละเอียดการเบิกจ่ายเงินแยกรายการ เลขที่ ID.No.074720200331

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้กับหน่วยงานของท่าน โดยมีจำนวนเงินและรายการโอนเงินตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 11,113,659.62 บาท (สิบเอ็ดล้านหนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสามพันหกกร้อยห้าสิบบาทหกสิบสองสตางค์) และโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เลขที่ 010612333098 เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 31.03.2020 ทั้งนี้ท่านสามารถตรวจสอบและทำการ Download รายละเอียดการโอนเงินตามรายการข้างต้นได้ที่ <http://www.nhso.go.th/> เลือกเมนู -> หน่วยบริการ -> NHSO Budget -> รายงานการจ่ายเงินกองทุน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาตรวจสอบยอดเงินในบัญชีเงินฝากธนาคารของท่าน หากพบว่ามีรายการที่ไม่ถูกต้อง กรุณาหักทวงภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ มิฉะนั้นถือว่าเป็นรายการที่ต้องครบถ้วน และเมื่อได้รับเงินโอนเรียบร้อยแล้วโปรดส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายการุณย์ คุณศิริานนท์)

รองเลขาธิการ

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักการเงินและบัญชีกองทุน

โทร : 061-3989381/089-8700677

โทรสาร : 0-2143-9745

ผู้รับผิดชอบ : คุณหนึ่งฤทัย บุษชาติพิมพ์/คุณโยธิน อูระชื่น

หมายเหตุ

1. หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
2. หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่าน เพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สดง.) เขตรตรวจสอบต่อไป
3. กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้ สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนรักษาพยาบาลสิทธิ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
4. กรณีหน่วยงานเอกชน สปสช. จะจัดส่งหนังสือรับรองการหักภาษีให้ทางไปรษณีย์
5. กรณียอดเงินโอนไม่ถูกต้องและต้องการโอนเงินคืนให้กับ สปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการโอนเงิน

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๓ชั้น๒-๔ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๘๐พรรษาฯ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๑๔๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๓๕๗๓๐ www.nhso.go.th

3

ที่ สปสช. 2.17/(อ) ว.01195.....

วันที่ 31.03.2020.....

เรื่อง แจ้งโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการ / ผู้ประกอบกิจการ โรงพยาบาลยะลา (0000010684)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบแสดงรายละเอียดการเบิกจ่ายเงินแยกรายการ เลขที่ ID No.074720200331.....

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้กับ
หน่วยงานของท่าน โดยมีจำนวนเงินและรายการโอนเงินตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 รวมเป็นจำนวนเงิน
ทั้งสิ้น 11,113,659.62 บาท (สิบเอ็ดล้านหนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสามพันหกกร้อยห้าสิบบาทหกสิบสองสตางค์)
และโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เลขที่ 010612333098
เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 31.03.2020 ทั้งนี้ท่านสามารถตรวจสอบและทำการ Download รายละเอียดการโอนเงิน
ตามรายการข้างต้นได้ที่ <http://www.nhso.go.th/> เลือกเมนู -> หน่วยบริการ -> NHSO Budget -> รายงานการจ่ายเงินกองทุน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาตรวจสอบยอดเงินในบัญชีเงินฝากธนาคารของท่าน หากพบว่ามีรายการที่ไม่ถูกต้อง
ต้องกรุณาหักทวงภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ มิฉะนั้นถือว่าเป็นรายการที่ต้องครบถ้วน และเมื่อได้รับเงิน
โอนเรียบร้อยแล้วโปรดส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายการุณย์ คุณศิริรานนท์)

รองเลขาธิการ

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักการเงินและบัญชีกองทุน

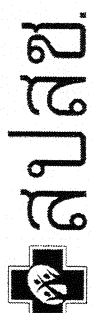
โทร : 061-3989381/089-8700677

โทรสาร : 0-2143-9745

ผู้รับผิดชอบ : คุณหนึ่งฤทัย บูชาพิมพ์/คุณโยธิน อูระชั้น

หมายเหตุ

1. หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
2. หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่าน เพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สดง.) เขตรตรวจสอบต่อไป
3. กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้ สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนคำรักษาพยาบาลสิทธิ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
4. กรณีหน่วยงานเอกชน สปสช. จะจัดส่งหนังสือรับรองการหักภาษีให้ทางไปรษณีย์
5. กรณียอดเงินโอนไม่ถูกต้องและต้องการโอนเงินคืนให้กับ สปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการโอนเงิน



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๑๓๓๒-๔ ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๘๐พรรษาฯ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๔๑๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๔๓๕๗๓๐ www.nhso.go.th

ใบแสดงรายละเอียดการโอนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ

โรงพยาบาลยะลา (0000010684)

ณ. วันที่ 31.03.2020 ID No. 0747

กองทุน	งวด	จำนวนเงินจัดสรร ในงวดนี้	บวก โอนคืนเงิน ที่ระดม	หัก ยอดเงินรอหักกลับ /หักประกันในงวดนี้	หัก ยอดหนี้ ยกมา	หัก ภาษี ณ ที่จ่าย 1%	คงเหลือเงินโอน
กองทุน CENTRAL REIMBURSE	6302	4,327,794.05	0.00				4,327,794.05
กองทุน CENTRAL REIMBURSE	OP REFER6302	672,424.00	0.00				672,424.00
กองทุนผู้ช่วยนอก	OP REFER6302	393,635.00	0.00	272,813.10			120,821.90
กองทุนผู้ช่วยใน	6302	5,890,619.67	0.00				5,890,619.67
กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	6302	102,000.00	0.00				102,000.00
	Dept anc	102,000					
รวมทั้งสิ้น		11,386,472.72		272,813.10			11,113,659.62

- หมายเหตุ**
- หนึ่งสี่ออก โดยระบบอัตโนมัติ
 - หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่านเพื่อส่งคืนกรมการตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) ตรวจสอบต่อไป
 - กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนคำรึกษาพยาบาลอิธิ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
 - กรณีหน่วยงานเอกชน สปสช. จะจัดส่งหนังสือรับรองการหักภาษีให้ทางไปรษณีย์
 - กรณียอดเงิน โอนไม่ถูกต้องและต้องการ โอนเงินคืน ให้กับสปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอถอนค่าธรรมเนียมการ โอนเงิน เนื่องจากเป็นการ โอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๓ชั้น๒-๔ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๘๐พรรษาฯ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๑๔๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๓๕๗๓๐ www.nhso.go.th

ที่ สปสช. 2.17/(อ) ว.01419

วันที่ 29.05.2020

เรื่อง แจงโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการ / ผู้ประกอบกิจการ โรงพยาบาลยะลา (.....0000010684.....)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบแสดงรายละเอียดการเบิกจ่ายเงินแยกรายการ เลขที่ ID No.096020200529

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการ โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้กับ
หน่วยงานของท่าน โดยมีจำนวนเงินและรายการ โอนเงินตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 รวมเป็นจำนวนเงิน
ทั้งสิ้น 19,136,605.73 บาท (.....สิบเก้าล้านหนึ่งแสนสามหมื่นหกพันหกร้อยห้าบาทเจ็ดสิบสามสตางค์.....)
และ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เลขที่ 010612333098
เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 29.05.2020 ทั้งนี้ท่านสามารถตรวจสอบและทำการ Download รายละเอียดการโอนเงิน
ตามรายการข้างต้น ได้ที่ <http://www.nhso.go.th/> เลือกเมนู ->หน่วยบริการ -> NHSO Budget -> รายงานการจ่ายเงินกองทุน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาตรวจสอบยอดเงินในบัญชีเงินฝากธนาคารของท่าน หากพบว่ามีรายการที่ไม่ถูก
ต้องกรุณาหักทวงภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ มิฉะนั้นถือว่าเป็นรายการที่ถูกต้องครบถ้วน และเมื่อได้รับเงิน
โอนเรียบร้อยแล้วโปรดส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายการุณย์ คุณศิริานนท์)

รองเลขาธิการ

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักการเงินและบัญชีกองทุน

โทร : 061-3989381/089-8700677

โทรสาร : 0-2143-9745

ผู้รับผิดชอบ : คุณหนึ่งฤทัย บูชาพิมพ์/คุณโยธิน อูระชั้น

หมายเหตุ

1. หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
2. หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่าน เพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สดง.) เขตตรวจสอบต่อไป
3. กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับ ให้ สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนคำรักษาพยาบาลสิทธิ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
4. กรณีหน่วยงานเอกชน สปสช. จะจัดส่งหนังสือรับรองการหักภาษีให้ทางไปรษณีย์
5. กรณียอดเงินโอนไม่ถูกต้องและต้องการ โอนเงินคืนให้กับ สปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการ โอนเงิน เนื่องจากเป็นการ โอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่ตื้น ๒-๔ ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๘๐พรรษาฯ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๑๔๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๓๕๗๓๐ www.nhso.go.th

ใบแสดงรายละเอียดการโอนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ

โรงพยาบาลยะลา (0000010684)

ณ. วันที่ 29.05.2020 ID No. 0960

กองทุน	งวด	จำนวนเงินจัดสรร ในงวดนี้	บวก โอนคืนเงิน ที่ชะลอ	หัก ยอดเงินรอหักกลับ /หลักประกัน ในงวดนี้	หัก ยอดหนี้ ยกมา	หัก ภาษี ณ ที่จ่าย 1%	คงเหลือเงินโอน
กองทุน CENTRAL REIMBURSE	6304	6,242,562.75	0.00				6,242,562.75
กองทุน CENTRAL REIMBURSE	OP REFER6304	588,789.00	0.00				588,789.00
กองทุนผู้ป่วยนอก	OP REFER6304	359,181.00	0.00	197,397.01			161,783.99
กองทุนผู้ป่วยใน	6304	12,098,469.99	0.00				12,098,469.99
กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	6304	45,000.00	0.00				45,000.00
	Demt anc	42,500					
	FP	2,500					
		= 45,000					
รวมทั้งสิ้น		19,334,002.74		197,397.01			19,136,605.73

หมายเหตุ

- หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
- หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่านเพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สดง.) เข้าตรวจสอบต่อไป
- กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้ สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนคำรักษาพยาบาลสิทธิ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
- กรณีหน่วยงานเอกชน สปสช. จะจัดส่งหนังสือรับรองการหักภาษีให้ทางไปรษณีย์
- กรณียอดเงินโอนไม่ถูกต้องและต้องการ โอนเงินคืนให้กับ สปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการโอนเงิน เนื่องจากเป็นการ โอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ

5

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๓ชั้น๒-๔ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๘๐พรรษาฯ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๑๔๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๑๔๙๓๐ www.nhso.go.th

ที่ สปสช. 2.17/(อ) 3.01544.....

วันที่ 30.06.2020.....

เรื่อง แจ้งโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการ / ผู้ประกอบกิจการ โรงพยาบาลยะลา (..... 0000010684.....)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบแสดงรายละเอียดการเบิกจ่ายเงินแยกรายการ เลขที่ ID No.107920200630.....

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการ โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้กับ
หน่วยงานของท่าน โดยมีจำนวนเงินและรายการโอนเงินตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 รวมเป็นจำนวนเงิน
ทั้งสิ้น 5,439,443.09 บาท (..... หาลานสี่แสนสามหมื่นเก้าพันสี่ร้อยสี่สิบสามบาทเก้าสตางค์.....)
และโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เลขที่ 010612333098.....
เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 30.06.2020..... ทั้งนี้ท่านสามารถตรวจสอบและทำการ Download รายละเอียดการ โอนเงิน
ตามรายการข้างต้นได้ที่ <http://www.nhso.go.th/> เลือกเมนู ->หน่วยบริการ -> NHSO Budget -> รายงานการจ่ายเงินกองทุน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาตรวจสอบยอดเงินในบัญชีเงินฝากธนาคารของท่าน หากพบว่ามีรายการที่ไม่ถูก
ต้องกรุณาทักท้วงภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ มิฉะนั้นถือว่าเป็นรายการที่ถูกต้องครบถ้วน และเมื่อได้รับเงิน
โอนเรียบร้อยแล้วโปรดส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายการุณย์ คุณศิริานนท์)

รองเลขาธิการ

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักการเงินและบัญชีกองทุน

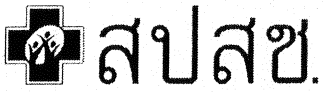
โทร : 061-3989381/089-8700677

โทรสาร : 0-2143-9745

ผู้รับผิดชอบ : คุณหนึ่งฤทัย บูชาพิมพ์/คุณโยธิน อูระชั้น

หมายเหตุ

1. หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
2. หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่าน เพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) เขาตรวจสอบต่อไป
3. กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้ สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนคำรักษาพยาบาลสิทธิ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
4. กรณีหน่วยงานเอกชน สปสช. จะจัดส่งหนังสือรับรองการหักภาษีให้ทางไปรษณีย์
5. กรณียอดเงินโอนไม่ถูกต้องและต้องการ โอนเงินคืนให้กับ สปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการ โอนเงิน เนื่องจากเป็นการ โอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๓ชั้น๒-๔ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๘๐พรรษาฯ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๑๔๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๑๔๖๗๓๐ www.nhso.go.th

ใบแสดงรายละเอียดการโอนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ

โรงพยาบาลยะลา (0000010684)

ณ. วันที่ 30.06.2020 ID No. 1079

กองทุน	งวด	จำนวนเงินจัดสรร ในงวดนี้	บวก โอนคืนเงิน ที่ชะลอ	หัก ยอดเงินรอหักกลับ /หลักประกัน ในงวดนี้	หัก ยอดหนี้ ยกมา	หัก ภาษี ณ ที่จ่าย 1%	คงเหลือเงินโอน
กองทุน CENTRAL REIMBURSE	6305	3,713,919.30	0.00				3,713,919.30
กองทุน CENTRAL REIMBURSE	OP REFER6305	673,730.00	0.00				673,730.00
กองทุนผู้ป่วยนอก	OP REFER6305	311,664.00	0.00	193,415.00			118,249.00
กองทุนผู้ป่วยใน	6305	926,044.79	0.00				926,044.79
กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	6305	7,500.00	0.00				7,500.00
	FP	๗,๕๐๐ = ๗,๕๐๐					
รวมทั้งสิ้น		5,632,858.09		193,415.00			5,439,443.09

หมายเหตุ

- หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
- หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่านเพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) เข้าตรวจสอบต่อไป
- กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้ สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนคำรึกษาพยาบาลสิทธิ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
- กรณีหน่วยงานเอกชน สปสช. จะจัดส่งหนังสือรับรองการหักภาษีให้ทางไปรษณีย์
- กรณียอดเงินโอนไม่ถูกต้องและต้องการโอนเงินคืนให้กับ สปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการโอนเงิน เนื่องจากเป็นการโอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๓ชั้น๒-๔ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๘๐พรรษาฯ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๑๔๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๓๕๗๓๐ www.nhso.go.th

๖

ที่ สปสช. 2.17/(อ) ว.00099

วันที่ 21.10.2020

เรื่อง แจ้งโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการ / ผู้ประกอบกิจการ โรงพยาบาลยะลา (0000010684)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบแสดงรายละเอียดการเบิกจ่ายเงินแยกรายการ

เลขที่ ID No.170520201021.....

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้กับ
หน่วยงานของท่าน โดยมีจำนวนเงินและรายการโอนเงินตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 รวมเป็นจำนวนเงิน
ทั้งสิ้น 5,178,250.00 บาท (..... หาด้านหนึ่งแสนเจ็ดหมื่นแปดพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน)
และโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เลขที่ 010612333098
เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 21.10.2020 ทั้งนี้ท่านสามารถตรวจสอบและทำการ Download รายละเอียดการโอนเงิน
ตามรายการข้างต้นได้ที่ <http://www.nhso.go.th/> เลือกเมนู -> หน่วยบริการ -> NHSO Budget -> รายงานการจ่ายเงินกองทุน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาตรวจสอบยอดเงินในบัญชีเงินฝากธนาคารของท่าน หากพบว่ามียอดรายการที่ไม่ถูกต้อง
ต้องกรุณาหักทวงภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ มิฉะนั้นถือว่าเป็นรายการที่ถูกต้องครบถ้วน และเมื่อได้รับเงิน
โอนเรียบร้อยแล้วโปรดส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายเจด็จ ธรรมรัชชอารี)

รองเลขาธิการ

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักการเงินและบัญชีกองทุน

โทร : 061-3989381/089-8700677

โทรสาร : 0-2143-9745

ผู้รับผิดชอบ : คุณหนึ่งฤทัย บุชาพิมพ์/คุณโยธิน อูระชื่น

หมายเหตุ

1. หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
2. หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่าน เพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สดง.) เขาตรวจสอบต่อไป
3. กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้ สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนคำรักษาพยาบาลสิทธิ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
4. กรณีหน่วยงานเอกชน สปสช. จะจัดส่งหนังสือรับรองการหักภาษีใ้ทางไปรษณีย์
5. กรณียอดเงินโอนไม่ถูกต้องและต้องการโอนเงินคืนให้กับ สปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการโอนเงิน เนื่องจากเป็นการโอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๓ชั้น๒-๔ถนนแจ้งวัฒนะ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (ตึก B)
 ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๕๐พรรษา แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐
 โทรศัพท์ (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๑๔๐๐๐ โทรสาร (เบอร์กลาง) ๐๒๑๔๓๙๗๓๐ www.nhso.go.th

ใบแสดงรายละเอียดการโอนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ
 โรงพยาบาลยะลา (0000010684)
 ณ. วันที่ 21.10.2020 ID No. 1705

กองทุน	งวด	จำนวนเงินจัดสรร ในงวดนี้	บวก โอนคืนเงิน ที่ขาด	หัก ยอดเงินรอหักกลับ /หลักประกัน ในงวดนี้	หัก ยอดหนี้ ยกมา	หัก ภาษี ณ ที่จ่าย 1%	คงเหลือเงินโอน
กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	6302	1,197,700.00	0.00				
กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	6303	2,928,000.00	0.00				1,197,700.00
กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	6304	1,353,800.00	0.00				2,928,000.00
กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	6306 อุดหนุน		0.00	301,250.00			1,353,800.00
							(301,250.00)
รวมทั้งสิ้น		5,479,500.00		301,250.00			5,178,250.00

- หมายเหตุ**
- หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
 - หน่วยบริการภาครัฐ ในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จและจัดเก็บใบเสร็จดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่านเพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) เข้าตรวจสอบต่อไป
 - กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสข. และหากได้รับเงิน "กองทุนการรักษาพยาบาลสิทธิ อปท." ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้ สปสข.
 - กรณีหน่วยงานเอกชน สปสข. จะจัดส่งหนังสือรับรองการหักภาษีให้ทางไปรษณีย์
 - กรณียอดเงินโอน ไม่ถูกต้องและต้องการ โอนเงินคืนให้กับ สปสข. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการโอนเงิน เนื่องจากเป็นการ โอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ