



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

ที่ สปสช 6.70/(อ) ว.06089

วันที่ 05.08.2569

อบต.นายกมล
เลขที่รับ ๒๒๐๖/๒๒๐๖
วันที่ ๖ ส.ค. ๒๕๖๙
เวลา ๑๕.๑๕

เรื่อง แจ้งโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการ/ผู้ประกอบกิจการ/ประธาน กองทุนสุขภาพตำบลอบต.นายกมล

(L1021)

สิ่งที่ส่งมาด้วย เนื่องจากเป็นการโอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ

เลขที่ ID270020260805

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้กับหน่วยงานของท่าน โดยมีจำนวนเงินและรายการโอนเงินตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 30,000.00 บาท (สามหมื่นบาทถ้วน)

และโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เลขที่ 020041588386 เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 05.08.2026 ทั้งนี้ท่านสามารถตรวจสอบและทำการ Download รายละเอียดการโอนเงินตามรายการข้างต้นได้ที่ <https://www.nhso.go.th/> เลือกเมนู -> หน่วยบริการ -> บริการออนไลน์ -> NHSO Budget -> รายงานการจ่ายเงินกองทุน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาตรวจสอบยอดเงินในบัญชีเงินฝากธนาคารของท่าน หากพบว่ามีรายการที่ไม่ถูกต้อง กรุณาหักทวงภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ มิฉะนั้นถือว่าเป็นรายการที่ต้องครบถ้วน และเมื่อได้รับเงินโอนเรียบร้อยแล้วโปรดส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

เรียน นายก อบต.นายกมล

- เพื่อโปรดทราบ/พิจารณา

- เห็นควรจึงให้

☐ สำนักปลัด ☐ กองช่าง ☐ กองคลัง

☐ กองสวัสดิการสังคม ☐ กองการศึกษา

☒ กองสาธารณสุข

☐ อื่นๆ.....

(นายภูษิต เชิงขุนทด)

เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

ขอแสดงความนับถือ

(นายภูริภัทร์ จันทอง)

นักป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยชำนาญการ รักษาการแทน

หัวหน้าสำนักปลัด อบต.

(นายอรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ)

รองเลขาธิการฯ ปฏิบัติงานแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(นายอนนต์เดช โชตินอก)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนายกมล

ฝ่ายการเงินและบัญชีกองทุน

โทร : 1330 กด 5 กด 1 และ 02-5540505

โทรสาร : 0-2143-9745

ผู้รับผิดชอบ : Provider Center

หมายเหตุ

- 1.หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
- 2.หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จรับเงินและจัดเก็บใบเสร็จรับเงินผลการรับเงินที่หน่วยงานท่าน เพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) เขตรตรวจสอบต่อไป
- 3.หน่วยบริการสังกัด อบจ./ภาครัฐอื่น/ภาคเอกชน ขอให้ส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 4.กรณี อบท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้ สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนการรักษายาบาลิสทรี อบท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
- 5.กรณียอดเงินโอนไม่ถูกต้องและต้องการโอนเงินคืนให้กับ สปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการโอนเงิน เนื่องจากการโอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ

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

ใบแสดงรายละเอียดการ โอนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ

กองทุนสุขภาพตำบลอบต.นาयाงกลัก (L1021) สังกัด รัฐ

ณ. วันที่ 05.08.2569 ID 2700

กองทุน	Batch	งวด	จำนวนเงินจัดสรร ในงวดนี้	บวก โอนคืนเงิน ที่ชะลอ	หัก ยอดเงินรอหักกลับ /หักประกัน ในงวดนี้	รายการหัก	หัก ภาษี ณ ที่จ่าย 1%	คงเหลือเงินโอน
งบกลาง เงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น	2700	DLTC6959080059	30,000.00			จากยอดโอนเงิน		30,000.00
รวมทั้งสิ้น			30,000.00					30,000.00

หมายเหตุ

- หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
- หน่วยปฏิบัติการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จรับเงินและจัดเก็บใบเสร็จรับเงินดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่าน เพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) เข้าตรวจสอบต่อไป
- หน่วยปฏิบัติการสังกัด อบจ./ภาครัฐอื่น/ภาคเอกชน ขอให้ส่งใบเสร็จรับเงิน ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- กรณี อบท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้สปช. และหากได้รับเงิน "กองทุนการศึกษาพยาบาลสิทธิ์ อบท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปช.
- กรณียอดเงิน โอน ไม่ถูกต้องและต้องการ โอนเงินคืนให้กับสปช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอทวงถามค่าธรรมเนียมการ โอนเงิน เนื่องจากเป็นการ โอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ



20260000719243

แบบตอบรับเงินโอนค่าบริการทางการแพทย์

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ☐ ใบเสร็จรับเงิน

จำนวน ฉบับ

☐ อื่นๆ ระบุ

ตามที่ได้รับทราบการสนับสนุนเงินค่าบริการทางการแพทย์ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จำนวนเงินทั้งสิ้น

30,000.00

บาท (

สามหมื่นบาทถ้วน

)

กองทุนสุขภาพตำบลอบต.นางยงลักษณ์ (L1021)

ได้รับการโอนเงินดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

จึงขอจัดส่งใบเสร็จรับเงิน หรืออื่นๆ ที่ระบุ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นหลักฐานต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์

โทรสาร

ว/ด/ป

หมายเหตุ

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

กรุณาจัดส่งเอกสารกลับมาที่

ฝ่ายการเงินและบัญชีกองทุน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๓ชั้น๒-๔ อาคารรัฐประศาสนภักดี(อาคาร B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๘๐พรรษา แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่

กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐