

ที่ สปสช 6.70/(อ) ว.06876

วันที่ 03.09.2569

อบต.นายากลาง
เลขที่รับ ๒๕๖๙ ๒๕๖๙
วันที่ ๓ ก.ย. ๒๕๖๙
เวลา ๑๒.๐๐

เรื่อง แจ้งโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการ/ผู้ประกอบกิจการ/ประธาน กองทุนสุขภาพตำบลอบต.นายากลาง

(L1021)

สิ่งที่ส่งมาด้วย เนื่องจากเป็นการโอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ

เลขที่ ID305020260903

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

และโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เลขที่ 020041588386
เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 03.09.2026 ทั้งนี้ท่านสามารถตรวจสอบและทำการ Download รายละเอียดการโอนเงินตามรายการข้างต้นได้ที่ <https://www.nhso.go.th/> เลือกเมนู -> หน่วยบริการ -> บริการออนไลน์ -> NHSO Budget -> รายงานการจ่ายเงินกองทุน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาตรวจสอบยอดเงินในบัญชีเงินฝากธนาคารของท่าน หากพบว่ามีรายการที่ไม่ถูกต้องกรุณาหักทวงภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ มิฉะนั้นถือว่าเป็นรายการที่ต้องครบถ้วน และเมื่อได้รับเงินโอนเรียบร้อยแล้วโปรดส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

เรียน นายอ. อบต.นายากลาง

- เพื่อโปรดทราบ/พิจารณา

- เว้นควรจึงให้

☐ สำนักปลัด ☐ กองช่าง ☐ กองคลัง

☐ กองสวัสดิการสังคม ☐ กองการศึกษา

☒ กองสาธารณสุข

☐ อื่นๆ.....

(นายภูษิต เจริญชุต)

เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

ฝ่ายการเงินและบัญชีกองทุน

โทร : 1330 กด 5 กด 1 และ 02-5540505

โทรสาร : 0-2143-9745

ผู้รับผิดชอบ : Provider Center

หมายเหตุ

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

ขอแสดงความนับถือ

(นายภูริภัทร์ จันทอง)



นี้รับรองและบรรเทาสาธารณภัยชำนาญการ รักษาการแทนหัวหน้าสำนักปลัด อบต.

(นายอุรธร ลิ้มปัญญาเลิศ)

รองเลขาธิการฯ ปฏิบัติงานแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (นายอนันต์เดช โชตินอก)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนายากลาง

(นายกฤษ คงเพชรศักดิ์)



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. นายางกลัก (L1021) สังกัด รัฐ
ณ. วันที่ 03.09.2569 ID 3050

กองทุน	Batch	งวด	จำนวนเงินจัดสรร ในงวดนี้	บวก โอนคืนเงิน ที่ชะลอ	หัก ยอดเงินรอหักกลับ /หักประกัน ในงวดนี้	รายการหัก	หัก ภาษี ณ ที่จ่าย 1%	คงเหลือเงินโอน
งบกลาง เงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉิน หรือจำเป็น	3050	DLTC69620900062	30,000.00					30,000.00
รวมทั้งสิ้น			30,000.00					30,000.00

หมายเหตุ

- 1.หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
- 2.หน่วยบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จรับเงินและจัดเก็บใบเสร็จรับเงินดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่าน เพื่อส่งงานท่าน ตรวจสอบต่อไป
- 3.หน่วยบริการสังกัด อบจ./ภาครัฐอื่น/ภาคเอกชน ขอให้ออกใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 4.กรณี อบท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนการรักษายาบาลสิทธิ์ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
- 5.กรณียอดเงินโอนไม่ถูกต้องและต้องการ โอนเงินคืนให้กับสปสช. โปรดแจ้งกรรมการ ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการ โอนเงิน เนื่องจากการ โอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ



20260000766615

แบบตอบรับเงินโอนค่าบริการทางการแพทย์

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ☐ ใบเสร็จรับเงิน

จำนวน ฉบับ

☐ อื่นๆ ระบุ

ตามที่ได้รับการสนับสนุนเงินค่าบริการทางการแพทย์ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จำนวนเงินทั้งสิ้น

30,000.00

บาท

(..... สามหมื่นบาทถ้วน

กองทุนสุขภาพตำบลอบต.นายางกลัก (L1021)

ได้รับการโอนเงินดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

จึงขอจัดส่งใบเสร็จรับเงิน หรืออื่นๆ ที่ระบุ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นหลักฐานต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์

โทรสาร

ว/ด/ป

หมายเหตุ 1. หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ2. ส่วนต่างของเงินโอนที่เกิดจากการหักภาษี 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