



ที่ สปสช.๒๕๕๙/๖๖๗

ที่ทำการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
ต. เมืองนาท อ. ขามสะแกแสง  
นม ๓๐๒๙๐

๑๑ ตุลาคม ๒๕๕๙

เรื่อง รายงานการรับจ่ายเงินคงเหลือประจำไตรมาส กองทุนหลักประกันสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินครราชสีมา เขต ๙

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายงานรายรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำไตรมาส จำนวน ๑ ชุด  
๒. สรุปการเบิกจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน ๑ แผ่น

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗.๓.๓ กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่าย และเงินคงเหลือประจำเดือน ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์สารสนเทศ หรือระบบอื่น และจัดส่งสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่ายและเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนแล้วให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต ทุกไตรมาส โดยให้จัดส่งภายใน ๓๐ วันนับถัดจากวันสิ้นไตรมาสตามรูปแบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนด นั้น

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองนาท อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงจัดส่งรายงานการรับจ่ายเงินคงเหลือประจำไตรมาส รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยแนบท้ายนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายบุญช่วย ขอชมกลาง)

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ  
องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองนาท

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองนาท  
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๔๗๕-๖๖๐๑

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำไตรมาสกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อบต.  เทศบาล เมืองนาท อำเภอสามแฉกแสง จังหวัดนครราชสีมา (L1883)

ไตรมาสที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2559

รายการ	ไตรมาสนี้	รวมทั้งปี
1. ยอดยกมาจากไตรมาสที่แล้ว	342,830.94	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	0.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	0.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	0.00
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	0.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	0.00	0.00
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	0.00	0.00
คงเหลือยกไป	342,830.94	

เรียน คณะกรรมการกองทุน..... *นาย. เจริญ*

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ)..... *[ลายเซ็น]* ผู้จัดทำ  
นางสาวพนัญญา เบ็ญจกลาง  
(หัวหน้าทีมเฝ้าระวังและเฝ้าระวัง)  
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ)..... *[ลายเซ็น]* ผู้รายงาน  
(นายบุญช่วย ขอมกลาง)  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองนาท  
นายก.....

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ .../ ปี.....

(ลงชื่อ)..... *[ลายเซ็น]* ผู้เห็นชอบ  
(นายบุญช่วย ขอมกลาง)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองนาท  
ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำไตรมาสกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อบต.  เทศบาล เมืองนาท อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา (L1883)

ไตรมาสที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2559

รายการ	ไตรมาสนี้	รวมทั้งปี
1. ยอดยกมาจากไตรมาสที่แล้ว	342,830.94	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	229,995.00	229,995.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	0.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	1,015.02	1,015.02
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	0.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
<b>รวมรายรับ</b>	<b>231,010.02</b>	<b>231,010.02</b>
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
<b>รวมรายจ่าย</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
คงเหลือยกไป	573,840.96	

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....*ด.จ. วิไลพร*

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....*[ลายเซ็น]* ผู้จัดทำ

*นางสาว เบญจมา*  
เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....*[ลายเซ็น]* ผู้รายงาน

(นายบุญช่วย ขอมกลาง)

(*[ลายเซ็น]*)  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองนาท  
นายก.....

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ .../ ปี.....

(ลงชื่อ).....*[ลายเซ็น]* ผู้เห็นชอบ

(นายบุญช่วย ขอมกลาง)  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองนาท

ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำไตรมาสกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อบต.  เทศบาล เมืองนาท อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา (L1883)

ไตรมาสที่ 3 ประจำปีงบประมาณ 2559

รายการ	ไตรมาสนี้	รวมทั้งปี
1. ยอดยกมาจากไตรมาสที่แล้ว	573,840.96	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	229,995.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	100,000.00	100,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	1,015.02
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	0.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
<b>รวมรายรับ</b>	<b>100,000.00</b>	<b>331,010.02</b>
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
<b>รวมรายจ่าย</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
<b>คงเหลือยกไป</b>	<b>673,840.96</b>	

เรียน คณะกรรมการกองทุน..... *อบต.เมืองนาท*

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

*นางสาวพิริฎิภา นิตย์ดงอาจ*

*เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลทางบัญชี*

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

*(นายบุญช่วย ขอมกลาง)*

*นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองนาท*

นายก.....

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ .../ ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

*(นายบุญช่วย ขอมกลาง)*

*นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองนาท*

ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำปีไตรมาสกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อบต.  เทศบาล เมืองนาท อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา (L1883)

ไตรมาสที่ 4 ประจำปีงบประมาณ 2559

รายการ	ไตรมาสนี้	รวมทั้งปี
1. ยอดยกมาจากไตรมาสที่แล้ว	673,840.96	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	229,995.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	100,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	1,248.58	2,263.60
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	0.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
<b>รวมรายรับ</b>	<b>1,248.58</b>	<b>332,258.60</b>
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	116,200.00	116,200.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	58,010.00	58,010.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	20,400.00	20,400.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
<b>รวมรายจ่าย</b>	<b>194,610.00</b>	<b>194,610.00</b>
คงเหลือยกไป	480,479.54	

เรียน คณะกรรมการกองทุน อบต.เมืองนาท

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ  
(นางสาวพันธิกา เปี้ยคกลาง)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี  
เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่.../ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน  
(นายบุญช่วย ขอมกลาง)  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองนาท

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ  
(นายบุญช่วย ขอมกลาง)  
ประธานกรรมการกองทุนฯ

สรุปการเบิกจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อบต.  เทศบาล เมืองนาท อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา (L1883)

ประจำปีงบประมาณ 2559

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	342,830.94	
2. รายการรับ		
2.1 เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	229,995.00	69.22
2.2 เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	100,000.00	30.10
2.3 เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	2,263.60	0.68
2.4 เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	0.00
2.5 เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
<b>รวมรายรับ</b>	<b>332,258.60</b>	
3. รายการจ่าย		
3.1 ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	116,200.00	59.71
3.2 ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	58,010.00	29.81
3.3 ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	0.00
3.4 ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	20,400.00	10.48
3.5 ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
<b>รวมรายจ่าย</b>	<b>194,610.00</b>	
<b>คงเหลือยกไป</b>	<b>480,479.54</b>	

เรียน คณะกรรมการกองทุน อบต.เมืองนาท

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ  
(นางสาวพันธิกา เบียดกลาง)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี  
เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ .../ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ  
(นายบุญช่วย ขอมกลาง)  
ประธานกรรมการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน  
(นายบุญช่วย ขอมกลาง)  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองนาท