

คำชี้แจง

เพื่อความรวดเร็วในการจ่ายค่าตอบแทนให้กับ Auditor จึงขอให้ Auditor ส่งแบบฟอร์ม ใบสำคัญรับเงิน (สปสช.2) มาให้ สปสช.เขต 10 อุบลราชธานี ล่วงหน้า โดยให้

- สั่ง Print แบบฟอร์ม ใบสำคัญรับเงิน (สปสช.2) เฉพาะหน้าที่เป็นชื่อของตัวเองเท่านั้น (รวมกันมา 70 คน)
- ในแบบนี้ **ไม่ต้องลงวันที่-เดือน-พ.ศ.** ด้านบนโดยเด็ดขาด เพราะยังไม่ทราบวันที่จะจ่ายเงินให้แน่ชัด

 ใบสำคัญรับเงิน (แบบ สปสช.2) วันที่ เดือน พ.ศ. ข้าพเจ้า...นายแพทย์สิทธิมาศ วงศ์สุรเกียรติ์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลดอนตาล.....
--

- ลงลายมือชื่อ **“ผู้รับเงิน”** ด้านล่างอย่างเดียวนั้น

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท (ตัวอักษร) ลงชื่อ ผู้รับเงิน (.....นายแพทย์สิทธิมาศ วงศ์สุรเกียรติ์.....)

- เมื่อเสร็จให้ส่ง EMS มาที่

นายไมตรี มูลสาร
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี
145 อาคารประชณีย์ ชั้น 3 ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
34000



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายแพทย์สิทธิมาศ วงศ์สุรเกียรติ์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลดอนตาล.....
ตำบล อำเภอ.....ดอนตาล..... จังหวัด.....มุกดาหาร.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายแพทย์สิทธิมาศ วงศ์สุรเกียรติ์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 01-D04



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงวรรณ สายคง...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลมุกดาหาร.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองมุกดาหาร..... จังหวัด.....มุกดาหาร.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงวรรณ สายคง.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 02-D13



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงยุวเรศ จันทร์เต็ม...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลมุกดาหาร.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองมุกดาหาร..... จังหวัด.....มุกดาหาร.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงยุวเรศ จันทร์เต็ม.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 03-D12



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงชมพูนุช เนตรหาญ...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลยโสธร.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองยโสธร..... จังหวัด.....ยโสธร.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงชมพูนุช เนตรหาญ.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 04-D14



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายแพทย์นิยม ชีพเจริญรัตน์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลยโสธร.....
ตำบล อำเภอ...เมืองยโสธร..... จังหวัด.....ยโสธร.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน	23000	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน	0	
	23000	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสามพันบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายแพทย์นิยม ชีพเจริญรัตน์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 05-D15



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงลักษมี อึ้งศิริไพศาล...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลโยธธ...
ตำบล-..... อำเภอ...เมืองยโสธร..... จังหวัด.....ยโสธร.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงลักษมี อึ้งศิริไพศาล.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 06-D54



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายแพทย์จิระวัตร วิเศษสังข์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลเมืองจันทร์.....
ตำบล อำเภอ...เมืองจันทร์..... จังหวัด.....ศรีสะเกษ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายแพทย์จิระวัตร วิเศษสังข์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 07-D52



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงชโยมนต์ พอกทอง...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลชุมชน.....
ตำบล อำเภอ..... ชุขันธ์..... จังหวัด.....ศรีสะเกษ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงชโยมนต์ พอกทอง.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 08-D60



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายแพทย์เชิดชาติ วิฑูรธารณ์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลพยุห์.....
ตำบล อำเภอ..... พยุห์..... จังหวัด.....ศรีสะเกษ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายแพทย์เชิดชาติ วิฑูรธารณ์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 09-D40



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงรัชดาพร รุ่งแก้ว...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลศรีสะเกษ.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองศรีสะเกษ..... จังหวัด.....ศรีสะเกษ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงรัชดาพร รุ่งแก้ว.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 10-D18



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงสิริรัตน์ อัครเมธาพันธ์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลศรีสะเกษ..... ตำบล อำเภอ.....เมืองศรีสะเกษ..... จังหวัด.....ศรีสะเกษ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3 ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน		
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน		
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงสิริรัตน์ อัครเมธาพันธ์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 11-D19



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงวรรณนา พิमानแพง...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลศรีสะเกษ.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองศรีสะเกษ..... จังหวัด.....ศรีสะเกษ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงวรรณนา พิमानแพง.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 12-D20



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงกรรณิการ์ สันตะวงค์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลอำนาจเจริญ.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอำนาจเจริญ..... จังหวัด.....อำนาจเจริญ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงกรรณิการ์ สันตะวงค์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 13-D43



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงปาลิตา เครือเช้า...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลอำนาจเจริญ.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอำนาจเจริญ..... จังหวัด.....อำนาจเจริญ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงปาลิตา เครือเช้า.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 14-D49



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงรัชพร นุตพงษ์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาล50 พรรษา มหาวชิราลง
กรณ.....

ตำบล-..... อำเภอ...เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....

ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3

ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน	23000	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน	0	
	23000	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสามพันบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงรัชพร นุตพงษ์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 15-D51

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงณัฐิกา วรรณแก้ว...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลดอนมดแดง.....
ตำบล อำเภอ.....ดอนมดแดง..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงณัฐิกา วรรณแก้ว.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 16-D05



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงณัชชารีย์ ศิริพงษ์รัตน์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
เดชอุดม.....

ตำบล-..... อำเภอ...เดชอุดม..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....

ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงณัชชารีย์ ศิริพงษ์รัตน์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 17-D22

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงนฤมล หลักรัตน์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลเชียงใหม่.....
ตำบล อำเภอ.....เชียงใหม่..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงนฤมล หลักรัตน์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 18-D02



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงประพิศ เทพอารักษ์กุล...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

.....

ตำบล อำเภอ...เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....

ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3

ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p> -ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	22800	0
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงประพิศ เทพอารักษ์กุล.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 19-D55

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายแพทย์วรวิทย์ ศิวะประภากร...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

.....

ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....

ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3

ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน	23000	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน	0	
	23000	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสามพันบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายแพทย์วรวิทย์ ศิวะประภากร.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 20-D25

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายแพทย์ศรัณย์ กิจศรัณย์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายแพทย์ศรัณย์ กิจศรัณย์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 21-D65



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายแพทย์อนิวรรณ เสงี่ยมศักดิ์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลอำนาจเจริญ..... ตำบล-..... อำเภอ...เมืองอำนาจเจริญ..... จังหวัด.....อำนาจเจริญ..... ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3 ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน	23000	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน	0	
	23000	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสามพันบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายแพทย์อนิวรรณ เสงี่ยมศักดิ์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 22-D45



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงเจษฎา โทณุสิน...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน	23000	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน		
	23000	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสามพันบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงเจษฎา โทณุสิน.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 23-D33



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงภาวิณี เหลืองรุ่งโรจน์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

.....

ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....

ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3

ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงภาวิณี เหลืองรุ่งโรจน์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 24-D56

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงกอบพร แซ่จิ่ง...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงกอบพร แซ่จิ่ง.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 25-D26



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงกนกวรรณ มิ่งขวัญ...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงกนกวรรณ มิ่งขวัญ.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 26-D23



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงส่องหล้า จิตแสง...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงส่องหล้า จิตแสง.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 27-D28



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายแพทย์สุรศักดิ์ สวัสดิ์นะที่...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายแพทย์สุรศักดิ์ สวัสดิ์นะที่.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 28-D34



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงอังคณา กวิวิงสานนท์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

.....

ตำบล อำเภอ...เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....

ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3

ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน	23000	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน	0	
	23000	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสามพันบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงอังคณา กวิวิงสานนท์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 29-D30

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงนุชจรดา สามพวยวรกิจ...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาล50 พรรษาฯ.....
ตำบล-..... อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงนุชจรดา สามพวยวรกิจ.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 30-D01



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายแพทย์แสนคม สีหะปัญญา...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลวารินชำราบ.....
ตำบล อำเภอ...วารินชำราบ..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน	23000	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน	0	
	23000	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสามพันบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายแพทย์แสนคม สีหะปัญญา.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 31-D17



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงนนทยา ผูกพันธ์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลวารินชำราบ.....
ตำบล อำเภอ...วารินชำราบ..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงนนทยา ผูกพันธ์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 32-D16



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายแพทย์เกรียง วานิศวณะทอง...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลอำนาจเจริญ.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอำนาจเจริญ..... จังหวัด.....อำนาจเจริญ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน	23000	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ รวมเป็นเงิน	0	
	23000	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสามพันบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายแพทย์เกรียง วานิศวณะทอง.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 33-D47



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายแพทย์ปริญญา นพเก้า...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลอำนาจเจริญ.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอำนาจเจริญ..... จังหวัด.....อำนาจเจริญ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายแพทย์ปริญญา นพเก้า.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 34-D48



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...แพทย์หญิงธนาพร ดวงมาลา...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลโสธร.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองยโสธร..... จังหวัด.....ยโสธร.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (นายแพทย์) ฉบับละ ...200... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	22800	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...0... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	0	
	22800	

จำนวนเงิน ...สองหมื่นสองพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....แพทย์หญิงธนาพร ดวงมาลา.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 35-D53



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายสมมิตร ดวงสมสา...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลดอนตาล.....
ตำบล อำเภอ.....ดอนตาล..... จังหวัด.....มุกดาหาร.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายสมมิตร ดวงสมสา.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 01-C01



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นส.สุวิญชา การพิศมัย...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลมุกดาหาร.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองมุกดาหาร..... จังหวัด.....มุกดาหาร.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นส.สุวิญชา การพิศมัย.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 02-C02



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายสุวัฒน์ จินตามณีมาศ...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลมุกดาหาร.....
ตำบล อำเภอ...เมืองมุกดาหาร..... จังหวัด.....มุกดาหาร.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (พยาบาลวิชาชีพ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายสุวัฒน์ จินตามณีมาศ.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 03-C03



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายชัยนคร แก้วหลวง...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลโสธร.....
ตำบล อำเภอ...เมืองยโสธร..... จังหวัด.....ยโสธร.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายชัยนคร แก้วหลวง.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 04-C08



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายสุนนท์ จันทร์แก้ว...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลโยธธ...
ตำบล-..... อำเภอ...เมืองยโสธร..... จังหวัด.....ยโสธร.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน		11500
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน		2300
		13800

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายสุนนท์ จันทร์แก้ว.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 05-C09



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นส.มยุรา โพธิวรรณ...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลโสธร.....
ตำบล อำเภอ...เมืองยโสธร..... จังหวัด.....ยโสธร.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นส.มยุรา โพธิวรรณ.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 06-C11



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นางมณีรัตน์ แก้วลา...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลกันทรารมย์.....
ตำบล อำเภอ...กันทรารมย์..... จังหวัด.....ศรีสะเกษ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (พยาบาลวิชาชีพ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นางมณีรัตน์ แก้วลา.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 07-C13



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นส.นวรรตน์ อุดมหอม...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลชุมชน.....
ตำบล อำเภอ..... จังหวัด.....ศรีสะเกษ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (พยาบาลวิชาชีพ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นส.นวรรตน์ อุดมหอม.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 08-C14



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นส.นพพรชสรณ์ สีบวงศ์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลไพรบึง.....
ตำบล อำเภอ...ไพรบึง..... จังหวัด.....ศรีสะเกษ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นส.นพพรชสรณ์ สีบวงศ์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 09-C18



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายสุนทร รมณียเพชร...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลศรีสะเกษ.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองศรีสะเกษ..... จังหวัด.....ศรีสะเกษ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายสุนทร รมณียเพชร.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 10-C19



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นางศิริวรรณ สามสี...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลศรีสะเกษ.....
ตำบล อำเภอ...เมืองศรีสะเกษ..... จังหวัด.....ศรีสะเกษ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นางศิริวรรณ สามสี.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 11-C20



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นางสุชาดา ถันทอง...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลศรีสะเกษ.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองศรีสะเกษ..... จังหวัด.....ศรีสะเกษ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นางสุชาดา ถันทอง.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 12-C21



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นางสุนิดา แสงย่อย...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลปทุมราชวงศา.....
ตำบล อำเภอ...ปทุมราชวงศา..... จังหวัด.....อำนาจเจริญ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (พยาบาลวิชาชีพ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นางสุนิดา แสงย่อย.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 13-C24



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นส.กัญญาภัค กาญจนสิงห์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลหัวตะพาน.....
ตำบล อำเภอ...หัวตะพาน..... จังหวัด.....อำนาจเจริญ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นส.กัญญาภัค กาญจนสิงห์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 14-C29



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นส.สุพิชชา มัธฐา...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น.....
ตำบล อำเภอ...กุดข้าวปุ้น..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน		11500
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน		2300
		13800

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นส.สุพิชชา มัธฐา.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 15-C30



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นส.กนกวรรณ จำปานาค...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลดอนมดแดง.....
ตำบล อำเภอ.....ดอนมดแดง..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นส.กนกวรรณ จำปานาค.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 16-C31



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นส.รุ่งวิภา อ่อนมิ่ง...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม.....
ตำบล อำเภอ...เดชอุดม..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน		11400
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน		2280
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นส.รุ่งวิภา อ่อนมิ่ง.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 17-C34



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นางวิภาพร โพธิ์ไทร...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลน้ำเย็น.....
ตำบล อำเภอ.....น้ำเย็น..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารประชณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นางวิภาพร โพธิ์ไทร.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 18-C36



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นส.สมถวิล ชารีโท...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร.....
ตำบล อำเภอ...พิบูลมังสาหาร..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นส.สมถวิล ชารีโท.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 19-C37



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายวิชัย ดอกพุด...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน		11500
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน		2300
		13800

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายวิชัย ดอกพุด.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 20-C39



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นางพรวิมล สายชื่อ...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน		
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นางพรวิมล สายชื่อ.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 21-C40



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นางชฎาพร พวงมาลา...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน		11500
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน		2300
		13800

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นางชฎาพร พวงมาลา.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 22-C41



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นางปทุมพร เบิกบาน...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...115... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	11500	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...115... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	2300	
	13800	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นางปทุมพร เบิกบาน.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 23-C42



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นางปิติพร ปลอดภัยกุล...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นางปิติพร ปลอดภัยกุล.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 24-C43



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นส.วรรณกร คงเจริญ...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นส.วรรณกร คงเจริญ.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 25-C44



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นายเอกลักษณ์ สมสุข...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน		11400
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน		2280
		13680

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นายเอกลักษณ์ สมสุข.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 26-C45



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นส.จิตาภา สมชาติ...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นส.จิตาภา สมชาติ.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 27-C46



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นางสุชาดา ทนโนนแดง...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....
ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นางสุชาดา ทนโนนแดง.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 28-C47



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นางกรรณิการ์ ประสานพิมพ์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์..... ตำบล อำเภอ.....เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3 ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11500	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน		
	13800	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นางกรรณิการ์ ประสานพิมพ์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 29-C48



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นส.ปริยาภรณ์ มุ่งหมาย...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาล50 พรรษา มหาวชิราลง
กรณ.....

ตำบล-..... อำเภอ...เมืองอุบลราชธานี..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....

ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นส.ปริยาภรณ์ มุ่งหมาย.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 30-C49

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...ส.อ.หญิง พัชรสุดา โสภา...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์.....
ตำบล อำเภอ...วารินชำราบ..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...115... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	11500	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...115... ฉบับ <p style="text-align: right;">รวมเป็นเงิน</p>	2300	
	13800	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....ส.อ.หญิง พัชรสุดา โสภา.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 31-C50



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นส.ทวีภรณ์ บุญมา...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลวารินชำราบ.....
ตำบล อำเภอ.....วารินชำราบ..... จังหวัด.....อุบลราชธานี.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11400	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2280	
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นส.ทวีภรณ์ บุญมา.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 32-C51



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นส.สุรียรัตน์ ถามะพันธ์...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลพนา.....
ตำบล อำเภอ..... พนา..... จังหวัด.....อำนาจเจริญ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน	11500	
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...115... ฉบับ รวมเป็นเงิน	2300	
	13800	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันแปดร้อยบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นส.สุรียรัตน์ ถามะพันธ์.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 33-C25



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นางอุบลวรรณ บุญเลิศ...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลเสนางคนนิคม.....
ตำบล อำเภอ...เสนางคนนิคม..... จังหวัด.....อำนาจเจริญ.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน		11400
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน		2280
	13680	

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นางอุบลวรรณ บุญเลิศ.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 34-C28



ใบสำคัญรับเงิน

(แบบ สปสช.2)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า...นางดวงดาว วรรณช...อยู่บ้านเลขที่...โรงพยาบาลกุดชุม.....
ตำบล อำเภอ...กุดชุม..... จังหวัด.....ยโสธร.....
ได้รับเงินจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ 145 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

รายการ	จำนวนเงิน	
-ค่าตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยรวมศูนย์:eMA (เวชสถิติ) ฉบับละ ...100... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน		11400
-ค่าบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ฉบับละ ...20... บาท จำนวน ...114... ฉบับ รวมเป็นเงิน		2280
		13680

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน...บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....นางดวงดาว วรรณช.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน(ส่วนกลาง)

Ref. 35-C06

