



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ฟ้าหลวง  
ที่.....๒๗/๒๕๖๔.....วันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานสถานะการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลแม่ฟ้าหลวงไตรมาสที่ ๓  
ประจำปี ๒๕๖๔

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ฟ้าหลวง

ตามประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ และตามเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๑ หมวดที่ ๑ การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจัดทำบัญชี และรายงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ กำหนดให้กองทุนต้องจัดพิมพ์รายงานจากระบบออนไลน์เสนอประธานกรรมการ กรรมการเลขานุการ และผู้รับผิดชอบการจัดทำรายงานลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานแล้วจัดเก็บไว้ เพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบสำนักงานตรวจแผ่นดินหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

บัดนี้ สิ้นไตรมาสที่ ๓ แล้วจึงขอรายงานสถานะการเงิน ไตรมาสที่ ๓ ของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ฟ้าหลวง รายละเอียดตามเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ).....*Revadee*.....

( นางสาวเรวดี ศิริ )

อนุกรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการกรรมการฝ่ายการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....*[Signature]*.....

( นางสาวกมลวรรณ วังมณี )

กรรมการและผู้ช่วยเลขาธิการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....*[Signature]*.....

( นายเผ่าพันธุ์อิน ธรรมบัณฑิต )

กรรมการ/เลขานุการ

(ลงชื่อ).....*[Signature]*.....

( นายวิรัชิต วัลย์ชิตกุล )

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลแม่ฟ้าหลวง

รายงานสรุปสถานะการเงิน  
กองทุนสุขภาพตำบลอบต.แม่ฟ้าหลวง  
อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

ประจำปีเดือน.....  ประจำปีไตรมาส 3 ปีงบประมาณ 2564  ประจำปีงบประมาณ

รายการ	รอบนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมา	969,350.83	
2. รายรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	0.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	0.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	1,734.85
เงินรายได้อื่นๆ	0.00	0.00
<b>รวมรายรับ</b>	<b>0.00</b>	<b>1,734.85</b>
3. รายจ่าย		
(ประเภทที่ 1) สนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข	0.00	130,914.00
(ประเภทที่ 2) สนับสนุนองค์กรหรือกลุ่มประชาชน/หน่วยงานอื่น	276,866.00	491,546.00
(ประเภทที่ 3) สนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ	0.00	77,000.00
(ประเภทที่ 4) สนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ	11,775.00	24,255.00
(ประเภทที่ 5) สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ	0.00	0.00
<b>รวมรายจ่าย</b>	<b>288,641.00</b>	<b>723,715.00</b>
4. เงินรับคืนจากแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	2,200.00	5,455.00
5. เช็ดยังไม่ขึ้นเงิน จำนวน 0 ฉบับ	0.00	0.00
6. เช็คขึ้นเงิน	0.00	0.00
คงเหลือยกไป	682,909.83	

(ลงชื่อ)..... *Reevad* .....ผู้จัดทำ  
(.....นางสาวเรวดี ศิริ.....)  
เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย

(ลงชื่อ)..... *101600.24* .....ผู้ตรวจสอบ  
(นายเผ่าพันธ์ อิน ธรรมบัณฑิต.)  
ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(ลงชื่อ)..... *[Signature]* .....ผู้รายงาน  
(นายวีรชิต วรวิชัยกุล)  
ผู้บริหารท้องถิ่น

เห็นชอบตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุน  
ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....

(ลงชื่อ)..... *[Signature]* .....ผู้เห็นชอบ  
(นายวีรชิต วรวิชัยกุล)  
ประธานกรรมการกองทุนฯ

หมายเหตุ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการ เฉพาะรายงานประจำไตรมาส/ปี