



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.22246

วันที่ 21.09.2566

เรื่อง แจงโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการ/ผู้ประกอบกิจการ/ประธาน กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทต.ไผ่

(J0365)

สิ่งทีส่งมาด้วย เนื่องจากเป็นการ โอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ

เลขที่ ID277920230921

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการ โอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้กับ
หน่วยงานของท่าน โดยมีจำนวนเงินและรายการ โอนเงินตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 รวมเป็นจำนวนเงิน
ทั้งสิ้น 18,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันบาทถ้วน)

และ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เลขที่ 020082519451

เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 21.09.2023 ทั้งนี้ท่านสามารถตรวจสอบและทำการ Download รายละเอียดการ โอนเงิน
ตามรายการข้างต้นได้ที่ <http://www.nhso.go.th/> เลือกเมนู -> หน่วยบริการ -> บริการออนไลน์ -> NHSO Budget

-> รายงานการจ่ายเงินกองทุน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาตรวจสอบยอดเงินในบัญชีเงินฝากธนาคารของท่าน หากพบว่ามียรายการที่
ไม่ถูกต้องกรุณาทักท้วงภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ มิฉะนั้นถือว่าเป็นรายการที่ถูกต้องครบถ้วน
และเมื่อได้รับเงินโอนเรียบร้อยแล้ว โปรดส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายคณิศร์ ขำชัยภูมิ)

รองเลขาธิการฯ ปฏิบัติงานแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ฝ่ายการเงินและบัญชีกองทุน

โทร : 089-9696503 /061-4025010 /02-5540505

โทรสาร : 0-2143-9745

ผู้รับผิดชอบ : คุณฉัตรชนก ศรีสงคราม /คุณปิยทัศน์ เครือสุวรรณ /Call Center

หมายเหตุ

- 1.หนังสือออกโดยระบบอัตโนมัติ
- 2.หน่วยบริการภาครัฐ ในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จรับเงินและจัดเก็บใบเสร็จรับเงินดังกล่าวไว้
ที่หน่วยงานท่าน เพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) เขาตรวจสอบต่อไป
- 3.หน่วยบริการสังกัด อบจ./ภาครัฐอื่น/ภาคเอกชน ขอให้ส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 4.กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับ
ให้ สปสช. และหากได้รับเงิน "กองทุนข้าราชการพยาบาลสิทธิ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสช.
- 5.กรณียอดเงิน โอน ไม่ถูกต้องและต้องการ โอนเงินคืนให้กับ สปสช. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการโอนเงิน
เนื่องจากเป็นการ โอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรัฐประศาสนภักดี(อาคาร B) " ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 "

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งต้อมอง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210 โทรศัพท์ 021414000 โทรสาร 021439730

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ใบแสดงรายละเอียดการโอนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ

กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทต.ไผ่ (J0365)

ณ. วันที่ 21.09.2566 ID 2779

กองทุน	งวด	จำนวนเงินจัดสรร ในงวดนี้	บวก โอนคืนเงิน ที่ชะลอ	หัก ยอดเงินรอหักกลบ /หักประกัน ในงวดนี้	รายการหัก	หัก ภาษี ณ ที่จ่าย 1%	คงเหลือเงินโอน
งบค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ ภาวะพึ่งพิงในชุมชน	DLTC622090022	18,000.00	0.00		จากยอดโอนเงิน		18,000.00
รวมทั้งสิ้น		18,000.00					18,000.00

หมายเหตุ

- หนังสือออก โดยระบบอัตโนมัติ
- หน่วยงานบริการภาครัฐในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ออกใบเสร็จรับเงินและจัดเก็บใบเสร็จรับเงินดังกล่าวไว้ที่หน่วยงานท่าน เพื่อสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) ตรวจสอบต่อไป
- หน่วยบริการสังกัด อบจ./ภาครัฐอื่น/ภาคเอกชน ขอให้ส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- กรณี อปท. หากได้รับเงิน "กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่" ขอให้ส่งเป็นหนังสือตอบรับให้สปสข. และหากได้รับเงิน "กองทุนคำรึกษาพยาบาลสิทธิ์ อปท." ขอให้ส่งเป็นใบเสร็จรับเงิน ให้ สปสข.
- กรณียอดเงินโอนไม่ถูกต้องและต้องการ โอนเงินคืนให้กับสปสข. โปรดแจ้งธนาคาร ขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการ โอนเงิน เนื่องจากเป็นการ โอนเงินให้กับหน่วยงานรัฐ



20230000165547

แบบตอบรับเงินโอนค่าบริการทางการแพทย์

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบเสร็จรับเงิน

จำนวน ฉบับ

อื่นๆ ระบุ

ตามที่ได้รับการสนับสนุนเงินค่าบริการทางการแพทย์ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จำนวนเงินทั้งสิ้น

18,000.00

บาท

(.....หนึ่งหมื่นแปดพันบาทถ้วน.....)

กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทต.ไผ่ (J0365)

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. ขอให้ท่านแนบหนังสือฉบับนี้มาทุกครั้งที่มีการจัดส่ง ใบเสร็จหรือหลักฐานตอบรับการโอนเงินให้ สปสช.

กรุณาจัดส่งเอกสารกลับมาที่

ฝ่ายการเงินและบัญชีกองทุน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๑๒๐ หมู่๓ชั้น๒-๔ อาคารรัฐประศาสนภักดี(อาคาร B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ๘๐พรรษา แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่

กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐