

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำปีไตรมาสกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☐ อบต. ☐ เทศบาล พนม อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี (L5843)

ไตรมาสที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2559

| รายการ                                                                   | ไตรมาสนี้         | รวมทั้งปี         |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>1. ยอดยกมาจากไตรมาสที่แล้ว</b>                                        | <b>585,751.79</b> |                   |
| <b>2. รายการรับ</b>                                                      |                   |                   |
| เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ       | 0.00              | 234,810.00        |
| เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น              | 0.00              | 93,924.00         |
| เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร                                          | 1,127.28          | 1,127.28          |
| เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ                                 | 0.00              | 0.00              |
| เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม                             | 0.00              | 0.00              |
| <b>รวมรายรับ</b>                                                         | <b>1,127.28</b>   | <b>329,861.28</b> |
|                                                                          |                   |                   |
| <b>3. รายการจ่าย</b>                                                     |                   |                   |
| ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1) | 224,505.00        | 224,505.00        |
| ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)      | 93,654.00         | 93,654.00         |
| 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>318,159.00</b> | <b>318,159.00</b> |
|                                                                          |                   |                   |
| <b>คงเหลือยกไป</b>                                                       | <b>268,720.07</b> |                   |

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(.....)

นายก.....

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

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(.....)

ประธานกรรมการกองทุนฯ