

หนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

ที่.....(1).....

ส่วนราชการ.....(2).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน (ผู้อำนวยการสถานพยาบาล)

ด้วย.....(3).....แจ้งว่า.....(4).....

เลขที่ประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□ หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว /เลขที่หนังสือเดินทาง.....อายุ.....ปี ซึ่งเป็น.....(5).....

ได้เข้ารับการรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ และขอออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

จึงขอรับรองว่า.....(3).....เลขที่ประจำตัวประชาชน

□□□□□□□□□□□□ อายุ.....ปี ตำแหน่ง.....

สังกัดกรม.....กระทรวง.....

ส่วนราชการ.....จังหวัด.....ซึ่งเป็น.....(6).....

ของผู้ป่วย เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามกฎหมาย และขอได้โปรด จัดทำคำขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลโดยตรงกับกรมบัญชีกลาง

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ (1) ให้ใช้ที่เช่นเดียวกับหนังสือราชการ

(2) ส่วนราชการเจ้าสังกัดของผู้ขอให้สิทธิหรือส่วนราชการต้นสังกัดผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ

(3) ชื่อข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญซึ่งประสงค์เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

(4) ให้ระบุชื่อบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้เข้ารับการรักษายาบาล พร้อมเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่หนังสือเดินทาง

(5) ให้ระบุความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญซึ่งเป็นผู้มีสิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

(6) ให้ระบุความสัมพันธ์ของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญซึ่งเป็นผู้มีสิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลกับผู้ป่วย

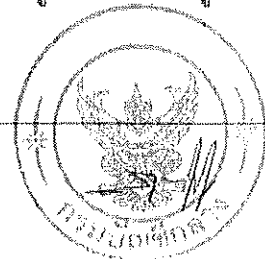




## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1.	ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด.....
2.	ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ตนเอง <input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่..... <input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/> ก ป่วยเป็นโรค..... และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ
3.	ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> ข เป็นเงิน.....บาท (.....) และ (1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว (2) <input type="checkbox"/> ก ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น



4. เลขอ .....

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว  
ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ว่างถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่งพิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ



หนังสือแจ้งการใช้สิทธิ

ที่.....(1).....

ส่วนราชการ.....(2).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง แจ้งการใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับ.....(3).....

เรียน (หัวหน้าส่วนราชการ)

ด้วย.....(4).....ประสงค์จะเป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับ.....(3)..... ซึ่งเป็น.....(5).....ของ.....(6).....สังกัด/รับบำนาญ ฝ่าย.....กอง.....กรม..... แต่เพียงฝ่ายเดียว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขออนุมัติเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับ.....(5).....ให้แก่.....(6).....และแจ้งตอบรับหนังสือแจ้งการใช้สิทธิมาเพื่อ.....(2).....ทราบด้วย

ขอแสดงความนับถือ

หมายเหตุ (1) ให้ใช้ที่เช่นเดียวกับหนังสือราชการ

(2) ส่วนราชการเจ้าสังกัดของผู้ขอใช้สิทธิหรือส่วนราชการต้นสังกัดผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ

(3) ให้ระบุความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวกับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

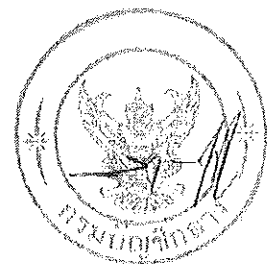
(4) ชื่อข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญซึ่งประสงค์เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

(5) ให้ระบุความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวกับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล อีกฝ่ายหนึ่งตาม (6)

(6) ชื่อข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ อีกฝ่ายหนึ่ง

(กรณีเป็นการแจ้งการใช้สิทธิภายในส่วนราชการเดียวกันให้ทำเป็นหนังสือภายในตามระเบียบ

สำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ พ.ศ. 2526)



## หนังสือตอบรับการแจ้งการใช้สิทธิ

ที่.....(1).....

ส่วนราชการ.....(2).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง ตอบรับการแจ้งการใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับ.....(3).....

เรียน (หัวหน้าส่วนราชการ)

อ้างถึง .....(4).....

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งการใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับ.....(3).....ของ.....(5)..... นั้น

.....(2).....รับทราบแล้ว และได้งดเว้นการเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับ.....(6).....ให้แก่  
.....(7).....และแจ้งตอบรับหนังสือแจ้งการใช้สิทธิมาเพื่อ.....(2).....ทราบด้วย

ขอแสดงความนับถือ

หมายเหตุ (1) ให้ใช้ที่เช่นเดียวกับหนังสือราชการ

(2) ส่วนราชการเจ้าสังกัดของผู้ขอใช้สิทธิหรือส่วนราชการต้นสังกัดผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ

(3) ให้ระบุความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวกับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

(4) หนังสือแจ้งการใช้สิทธิ

(5) ชื่อข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญซึ่งประสงค์เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

(6) ให้ระบุความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวกับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล อีกฝ่ายหนึ่งตาม (7)

(7) ชื่อข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ อีกฝ่ายหนึ่ง

(กรณีเป็นการแจ้งการใช้สิทธิภายในส่วนราชการเดียวกันให้ทำเป็นหนังสือภายในตามระเบียบ

สำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ พ.ศ. 2526)



แบบหนังสือแสดงเจตนาขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลกรณีข้าราชการได้รับคำสั่ง  
ให้ไปช่วยหรือไปปฏิบัติราชการต่างส่วนราชการผู้เบิก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า .....ตำแหน่ง.....

สังกัด/กอง.....กรม.....กระทรวง.....จังหวัด.....

ได้รับคำสั่งให้ไปช่วยปฏิบัติราชการหรือไปปฏิบัติราชการที่.....กรม.....

กระทรวง.....จังหวัด.....ตามคำสั่งที่เลขที่.....ลงวันที่.....

เดือน.....พ.ศ. .... ซึ่งการไปช่วยปฏิบัติราชการหรือไปปฏิบัติราชการดังกล่าว ทำให้เกิดความไม่สะดวก

ในการที่จะต้องยื่นขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ณ ส่วนราชการผู้เบิกเงินเดือน จึงขอแสดงเจตนา

โดยหนังสือฉบับนี้ว่า ตลอดระยะเวลาของการไปช่วยปฏิบัติราชการหรือไปปฏิบัติราชการ ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการ

เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ณ ส่วนราชการที่ได้รับคำสั่งให้ไป

ช่วยปฏิบัติราชการหรือไปปฏิบัติราชการ

(ลงชื่อ) .....

(.....)

เสนอ ผู้มีอำนาจอนุมัติการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ)\* .....

(.....)

หมายเหตุ : \* ให้ผู้อำนวยการกองคลังตามระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง การเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลัง  
ของส่วนราชการที่ข้าราชการไปช่วยปฏิบัติราชการหรือไปปฏิบัติราชการเป็นผู้ลงชื่อ



## ใบรับรองรายการยาและอวัยวะเทียมที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความ

ข้าพเจ้า .....	<input type="checkbox"/> หัวหน้าสถานพยาบาล
	<input type="checkbox"/> นายแพทย์ผู้ตรวจรักษา
แห่งสถานพยาบาล .....	จังหวัด .....
ขอรับรองว่า .....	ซึ่งป่วยเป็นโรค .....
<input type="checkbox"/> ก. จำเป็นต้องใช้	<input type="checkbox"/> ยา
	<input type="checkbox"/> เลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน
	<input type="checkbox"/> น้ำยาอาหารทางเส้นเลือด
	<input type="checkbox"/> ออกซิเจน
	<input type="checkbox"/> อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค
	ตามรายการข้างล่างนี้ ซึ่งไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาลแห่งนี้
<input type="checkbox"/> ข. จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจ	<input type="checkbox"/> ทางห้องทดลอง
	<input type="checkbox"/> เอกซเรย์
	ตามรายการข้างล่างนี้ ซึ่งสถานพยาบาลแห่งนี้
	ไม่อาจให้บริการได้
(1) .....	รหัส* .....
(2) .....	รหัส* .....
(3) .....	รหัส* .....
(4) .....	รหัส* .....
	(ลงชื่อ).....
	(.....)
	ตำแหน่ง .....
	วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....



หมายเหตุ \*รหัส หมายถึง ให้สถานพยาบาลลงรหัสตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง สัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการเพื่อผู้มีสิทธิใช้ประกอบการเบิกจ่ายเงินที่ส่วนราชการ





## ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (กรณีสถานพยาบาลเป็นผู้เบิกเงิน)

ตามหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลของ.....ที่...../.....  
 ลงวันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .... หรือเลขอนุมัติยืนยันการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล  
 เลขที่.....รับรองการเข้ารับการรักษาพยาบาลของ .....เลขประจำตัวประชาชน  
 □□□□□□□□□□□□□□ หรือเลขที่ประจำตัวประเภทอื่น.....  
 ได้มาขอรับการรักษาพยาบาลจาก .....ตั้งแต่วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....  
 ถึงวันที่ .....เดือน .....พ.ศ. .... รวม .....วัน ดังรายการต่อไปนี้

	รายการ	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
1.	ค่าห้อง/ค่าอาหาร			
2.	อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค			
3.	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใสในโรงพยาบาล			
4.	ยากลับบ้าน			
5.	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา			
6.	บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต			
7.	ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา			
8.	ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา			
9.	ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ			
10.	อุปกรณ์ของและเครื่องมือทางการแพทย์			
11.	ผ่าตัด ทำคลอด ทำหัตถการ และบริการวิสัญญี			
12.	ค่าบริการทางการแพทย์			
13.	บริการทางทันตกรรม			
14.	บริการทางกายภาพบำบัด			
15.	บริการฝังเข็ม/การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นๆ			
16.	บริการอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล			
	รวมทั้งสิ้น			

จำนวนเงิน.....(ตัวอักษร) .....บาท

ขอรับรองว่า ค่ารักษาพยาบาลถูกต้องตามที่ขอเบิกตามคำขอเบิกเลขที่ .....

(ลงชื่อ) .....

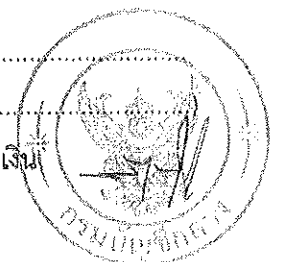
(ลงชื่อ) .....

(.....)

(.....)

หัวหน้าสถานพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

เจ้าหน้าที่การเงิน



ตัวอย่างหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาลเอกชน  
ชื่อสถานพยาบาล

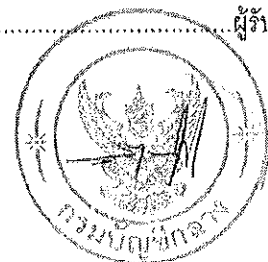
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

(ชื่อสถานพยาบาล) ได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจาก .....  
ซึ่งป่วยเป็นโรค .....และได้มาขอรับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลแห่งนี้  
ตั้งแต่วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....ถึงวันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....  
รวม .....วัน ดังรายการต่อไปนี้

	รายการ	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
1.	ค่าห้อง/ค่าอาหาร			
2.	อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค			
3.	ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในโรงพยาบาล			
4.	ยากลับบ้าน			
5.	เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา			
6.	บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต			
7.	ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา			
8.	ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา			
9.	ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ			
10.	อุปกรณ์ของและเครื่องมือทางการแพทย์			
11.	ผ่าตัด ทำคลอด ทำหัตถการ และบริการวิสัญญี			
12.	ค่าบริการทางการแพทย์			
13.	บริการทางทันตกรรม			
14.	บริการทางกายภาพบำบัด			
15.	บริการฝังเข็ม/การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นๆ			
16.	บริการอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล			
	รวมทั้งสิ้น			

จำนวนเงิน.....(ตัวอักษร) .....บาท

(ลงชื่อ) .....ผู้รับเงิน





แบบแจ้งการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลของทางราชการ

เลขที่คำขอ «คำขอเบิก»

วันที่ «วันที่»

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/อธิการบดี «รพ»

ข้าพเจ้า «ชื่อผู้ส่ง» ตำแหน่ง «ตำแหน่งผู้ส่ง» ขอแจ้งการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลประเภท  
ผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก ประจำเดือน «เดือนเบิก» พ.ศ.«ปีเบิก» ปีงบประมาณ พ.ศ.«ปีงบ» ให้แก่สถานพยาบาล «รพ»  
รหัสผู้ขาย «รหัสผู้ขาย» หมายเลขบัญชี «เลขที่บัญชี» «ธนาคาร» เป็นจำนวนเงิน «จำนวนเงิน1» บาท  
(«จำนวนเงิน2») เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(.....)

อธิบดีกรมบัญชีกลางหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย





แบบแจ้งการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลของเอกชน

เลขที่คำขอ «คำขอเบิก»

วันที่ «วันที่»

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล «รพ»

ข้าพเจ้า «ชื่อผู้ส่ง» ตำแหน่ง «ตำแหน่งผู้ส่ง» ขอแจ้งการโอนเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน ประจำเดือน «เดือนเบิก» พ.ศ. «ปีเบิก» บังคับประมาณ พ.ศ. «ปีงบ» ให้แก่สถานพยาบาล «รพ» ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของเอกชน รหัสผู้ขาย «รหัสผู้ขาย» หมายเลขบัญชี «เลขที่บัญชี» «ธนาคาร» โดยได้หักภาษี ณ ที่จ่าย เป็นจำนวน «ภาษี1» บาท («ภาษี2») รวมเป็นจำนวนเงิน «รวมเงิน1» บาท («รวมเงิน2») เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(.....)

อธิบดีกรมบัญชีกลางหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

