

ด่วนที่สุด

ที่ พย ๐๐๒๓.๖/ ๓๗๕



ถึง องค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา

ด้วยจังหวัดพะเยาได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นว่า กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกรมบัญชีกลาง จัดทำโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัวในการเข้ารับบริการ และลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยได้แจ้งรายชื่อสถานื่อนามัย เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดและขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๒๐ แห่ง ที่มูลนิธิพัฒนาสถานื่อนามัย เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี แจ้งความประสงค์ให้เป็นหน่วยบริการฯ ที่นำร่องเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาล ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

ในการนี้ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดพะเยาขอให้องค์การบริหาร ส่วนจังหวัดพะเยาแจ้งสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี เป้าหมายทราบและรายงานเอกสาร ที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดพะเยา ทางเอกสารและทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ dla.phayao@gmail.com ภายในวันพฤหัสบดีที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๘ รายละเอียดตามสำเนาหนังสือ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๒๑.๔/ว ๒๖๗๙ ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๘ ที่แนบ มาพร้อมนี้



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดพะเยา
กลุ่มงานบริการสาธารณะท้องถิ่นและประสานงานท้องถิ่นอำเภอ
โทร.๐ ๕๔๔๔ ๙๖๒๒-๒๔ ต่อ ๑๓

ด่วนที่สุด
ที่ มท ๐๘๒๑.๔/ว ๒๖๓๙



เลขที่ ๕๒๙๕
วันที่ 20 มิ.ย. 2568
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๘

เรื่อง การเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย
หน่วยบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ตามบัญชีแนบท้าย

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๓๙.๐๒/๑๔๗๕๕
ลงวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๘

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่า กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกรมบัญชีกลาง จัดทำโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัวในการเข้ารับบริการ และลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยได้แจ้งรายชื่อสถานีนอมาลัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดและขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๒๐ แห่ง ที่มูลนิธิพัฒนาสถานีนอมาลัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี แจ้งความประสงค์ให้เป็นหน่วยบริการฯ ที่นำร่องเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

ในการนี้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นขอความอนุเคราะห์จังหวัดแจ้งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดดำเนินการ ดังนี้

๑. แจ้งสถานีนอมาลัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี เป้าหมายในพื้นที่ทราบ และจัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

๒. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารที่เกี่ยวข้องตามข้อ ๑ และรวบรวมให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบ ทางเอกสารและทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ goodhealthdla2025@gmail.com ภายในวันศุกร์ที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๘

ทั้งนี้ ได้มอบหมายให้นางสาวติตดา บัวบุตร และนางสาวชลธิชา ทัดชัย เป็นผู้ประสานงาน เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๑ ๑๗๔ ๓๗๓๘ หรือ ๐๒ ๒๔๑ ๘๐๐๐ ต่อ ๕๔๐๕ โดยสามารถดาวน์โหลดสิ่งที่ส่งมาด้วยได้ที่ QR Code ท้ายหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริพันธ์ ศรีกรงพล)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น



กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมท้องถิ่น

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@dla.go.th

โทร. ๐-๒๒๔๑-๘๐๐๐ ต่อ ๕๔๐๕

บัญชีแนบท้าย หนังสือ สก. ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๒๑.๔/ว ๒๖๓๙
ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๘

- | | |
|--------------------|-----------------|
| ๑. กำแพงเพชร | ๑๑. มหาสารคาม |
| ๒. จันทบุรี | ๑๒. Mukdahan |
| ๓. เชียงราย | ๑๓. ยโสธร |
| ๔. ตาก | ๑๔. ร้อยเอ็ด |
| ๕. น่าน | ๑๕. ระยอง |
| ๖. ปทุมธานี | ๑๖. ลำพูน |
| ๗. ประจวบคีรีขันธ์ | ๑๗. ศรีสะเกษ |
| ๘. ปราจีนบุรี | ๑๘. สมุทรสาคร |
| ๙. พะเยา | ๑๙. หนองบัวลำภู |
| ๑๐.แพร่ | ๒๐. อำนาจเจริญ |

ที่ สธ ๐๒๓๙.๐๒/ ๑๕๗๕๕



กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
เลขรับ.....306๗
วันที่ 16 มิ.ย. 2568
เวลา.....

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๖ มิถุนายน ๒๕๖๘

เรื่อง การเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย
หน่วยบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. การเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงฯ จำนวน ๑ ชุด
๒. รายชื่อสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี จำนวน ๑ ชุด
๓. เอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบการเข้าร่วมโครงการฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกรมบัญชีกลาง จัดทำโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการ
รักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่
ข้าราชการและบุคคลในครอบครัวในการเข้ารับบริการ และลดความแออัดในโรงพยาบาล รวมทั้งเพิ่มศักยภาพ
และปรับรูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ขยายบริการภายนอกโรงพยาบาลและร่วมจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โดยได้นำร่องในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๙ จำนวน ๘๑ แห่ง
ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ทั้งนี้ เพื่อขยายพื้นที่การดำเนินงานและเกิดแนวทางในการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง
จึงมีแผนการดำเนินงานฯ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ขอแจ้งรายชื่อ
สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
และขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพ
ปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๒๐ แห่ง โดยมูลนิธิพัฒนาสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
แจ้งความประสงค์ให้เป็นหน่วยบริการฯ ที่นำร่องเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาล
ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒
ทั้งนี้ หน่วยงานสามารถนำส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบการเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงฯ รายละเอียดตาม
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓ โดยให้หัวหน้าส่วนราชการระดับกรมของหน่วยบริการปฐมภูมิฯ ทำหนังสือขออนุมัติเข้าร่วม
โครงการเบิกจ่ายตรงฯ ไปยังกรมบัญชีกลาง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายอภิสิทธิ์ บุญประคับ)

ผู้อำนวยการกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมท้องถิ่น
เลขรับ.....2573
17 มิ.ย. 2568
เวลา.....

กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๑๙๓๙

โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๙๓๘

การเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการรักษายาบาล
ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. แผนการดำเนินงานโครงการเบิกจ่ายตรงฯ

แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

1.1 ปีงบประมาณ 2567 : เริ่มดำเนินโครงการเบิกจ่ายตรง รพ.สต. นำร่องในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 81 แห่ง (มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 1 พ.ย. 2566)

1.2 ปีงบประมาณ 2568 : ขยายโครงการเบิกจ่ายตรงไปยังหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2562 (PCU/NPCU) สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำร่อง ประมาณ 20 แห่ง โดยให้หน่วยบริการฯ ใช้เครื่อง EDC ในการปิดสิทธิ

1.3 ปีงบประมาณ 2569 - 2570 : ขยายโครงการเบิกจ่ายตรงไปยัง PCU/NPCU ทุกแห่ง โดย กรมบัญชีกลางจะเวียแนจให้ รพ.สต. ทุกแห่ง ใช้ระบบ New Authen (เครื่องอ่าน Smart Card ที่หน่วย บริการฯ มีอยู่แล้ว) รวมถึงการใช้แอปเปาตังค์ /Open Loop ในการปิดสิทธิ แทนเครื่องอ่านบัตรประจำตัว ประชาชน (เครื่อง EDC)

2. ขั้นตอนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2568

2.1 สำหรับหน่วยบริการฯ (PCU/NPCU) สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ส่วนราชการระดับกรม ทำหนังสือขออนุมัติเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงของหน่วยบริการฯ พร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้อง มายัง กรมบัญชีกลาง เอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- 1) ข้อมูลหลักผู้ขาย (Vendor code)
- 2) สำเนา Bookbank บัญชีออมทรัพย์ หรือหน้า Statement บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมประทับตรา)
- 3) ตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

2.2 กรมบัญชีกลางพิจารณาอนุมัติ และตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของเอกสาร

- 1) กรณีไม่ผ่านการตรวจสอบ กรมบัญชีกลางจะแจ้งให้ทราบเพื่อดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้อง
- 2) กรณีผ่านการตรวจสอบ กรมบัญชีกลางอนุมัติให้เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงพร้อมจัดทำข้อมูล หลักผู้ขาย (Vendor code)

2.3 ผู้มีสิทธิสามารถเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาลได้

รายชื่อสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี
ที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
ผ่านการขึ้นทะเบียน ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

ลำดับ	หน่วยบริการหลัก	อำเภอ	จังหวัด	รหัส 5 หลัก	รหัส 7 หลัก
1	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ดอยตุง	อำเภอแม่ฟ้าหลวง	จ.เชียงราย	06805	5715032
2	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลสถาน	อำเภอนาน้อย	จ.น่าน	06484	5504012
3	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี แม่ปืม	อำเภอเมืองพะเยา	จ.พะเยา	06561	5601041
4	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลแม่จัวะ	อำเภอเด่นชัย	จ.แพร่	06405	5405012
5	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ป่าซาง	อำเภอป่าซาง	จ.ลำพูน	06098	5106012
6	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลแม่จระรา	อำเภอแม่ระมาด	จ.ตาก	07322	6304012
7	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านไตรตรังษ์	อำเภอเมืองกำแพงเพชร	จ.กำแพงเพชร	07145	6201062
8	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านกลาง	อำเภอเมืองปทุมธานี	จ.ปทุมธานี	1070	1301071
9	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จ.สมุทรสาคร (บ้านคอกกระบือ)	อำเภอเมืองสมุทรสาคร	จ.สมุทรสาคร	08462	7401071
10	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านนิคม กม.5	อำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์	จ.ประจวบคีรีขันธ์	08681	7701061
11	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านคลองพลู	อำเภอเขาคิชฌกูฏ	จ.จันทบุรี	02113	2210022
12	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านระเบาะไผ่	อำเภอศรีมหาโพธิ์	จ.ปราจีนบุรี	02374	2508032
13	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านน้ำใส	อำเภอเขาชะเมา	จ.ระยอง	02003	2107012
14	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านกระบะบาก	อำเภอชื่นชม	จ.มหาสารคาม	04971	4413012
15	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านสี่แก้ว	อำเภอเมืองร้อยเอ็ด	จ.ร้อยเอ็ด	05085	4501022
16	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านทุ่งโป่ง	อำเภอเมืองหนองบัวลำภู	จ.หนองบัวลำภู	04181	3901052
17	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านนาโสก	อำเภอเมืองมุกดาหาร	จ.มุกดาหาร	05747	4901092
18	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ปลาค้าว	อำเภอเมืองอำนาจเจริญ	จ.อำนาจเจริญ	04097	3701092
19	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านแดง	อำเภอกุตุชม	จ.ยโสธร	3859	3503022
20	สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านภูมิขจรอด	อำเภอกันทรลักษ์	จ.ศรีสะเกษ	3338	3304072

เอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบการเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงฯ

1. ข้อมูลหลักผู้ขาย (vendor code)

- กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ยกเว้น ข้อ (1) (3) (4) (7) และหากข้อไหนไม่มีข้อมูล เช่น ขอย ให้ระบุ -
- uhcode คือ รหัสหน่วยบริการ/รหัสสถานพยาบาล

2. สำเนา Bookbank บัญชีออมทรัพย์ หรือ หน้า Statement บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน ของหน่วยบริการฯ (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมประทับตรา)

- ใช้เป็นบัญชีธนาคารอะไรก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นบัญชีธนาคารกรุงไทย แต่ต้องเป็นบัญชีของหน่วยบริการฯ

3. ตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

- ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิกโดยส่วนใหญ่ผู้มีอำนาจลงนามคำขอเบิกจะเป็น ผอ.รพ.สต./ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยบริการ ซึ่งกรมบัญชีกลางให้ไม่เกิน 2 ท่าน หากประสงค์ให้ลงนามทั้ง 2 ท่านให้เขียนว่า "และ" เช่น นาย ก. และ นาย ข. แต่ถ้าคนใดคนหนึ่ง ใช้ "หรือ" โดยเซ็นมาในใบเดียวกัน

ตารางข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับสถานพยาบาลเพื่อจัดทำข้อมูลหลักผู้ขาย (Vendor Code)									
		(๔)							
		ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานพยาบาล							
		ชื่อผู้ป่วยรับฝาก (ภาษาอังกฤษ)							
		ชื่อผู้ป่วยรับฝาก (ภาษาไทย)							
		หมายเลขบัญชีธนาคาร							
		สาขา							
		ชื่อนาคาร							
		รหัสธนาคาร							
		E-mail							
		สถานพยาบาล							
		หมายเลขห้อง							
		หมายเลขแฟกซ์							
		หมายเลขโทร							
		หมายเลขโทรศัพท์							
		รหัสไปรษณีย์							
		จังหวัด							
		อำเภอ							
		ตำบล							
		ซอย							
		ถนน							
		บ้านเลขที่							
		อาคาร/ชั้น							
		(๓) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี							
		(๖) ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาอังกฤษ)							
		(๕) ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาไทย)							
		(๔) ประเภทผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)							
		(๓) รหัสผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)							
		(๒) ucode (รหัส รหัส)							
		(๑) ลำดับที่							

หมายเหตุ : กรณีเป็น สถานพยาบาลของทางราชการ ช่อง (๓) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ไม่ต้องกรอกข้อมูล

สำเนาสมุดเลขที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์
หรือ
สำเนา Statement เลขที่บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน
ของโรงพยาบาล

รับรองสำเนาถูกต้อง
แล้วประทับตราโรงพยาบาลด้วย

กรณีมีปัญหาในการกรอกตาราง Vendor Code หรือลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก
ติดต่อสอบถาม กลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการรักษายาบาล โทร. ๐๒ ๑๒๗ ๗๓๔๕๙,
๐๒ ๑๒๗ ๗๔๐๐

ตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

.....(ลายมือชื่อ).....

(.....ชื่อตัวบรรจง.....)

.....ตำแหน่ง.....

แล้วประทับตราโรงพยาบาลด้วย

กรณีมีปัญหาในการกรอกราย Vendor Code หรือลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ติดต่อสอบถาม กลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการโรงพยาบาล โทร. ๐๒ ๑๒๗ ๗๓๔๙ ,

๐๒ ๑๒๗ ๗๔๐๐