|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Liên số 1***……….                     **Mẫu Số:**………..Số:………………/KCBSố seri: ………………**……..****GIẤY CHỨNG NHẬNNGHỈ VIỆC HƯỞNG BẢO HIỂM XÃ HỘI**(chỉ áp dụng cho điều trị ngoại trú)**I. Thông tin người bệnh**Họ và tên: ………. ngày sinh ……./…… /…….Mã số BHXH/Số thẻ BHYT:…………… ;Giới tính: …………….Đơn vị làm việc: ……….**II. Chẩn đoán và phương pháp điều trị**……….Số ngày nghỉ: …………..(Từ ngày ……..đến hết ngày………..)**III. Thông tin cha, mẹ** (chỉ áp dụng đối với trường hợp người bệnh là trẻ em dưới 7 tuổi)– Họ và tên cha: ………….– Họ và tên mẹ: ……………

|  |  |
| --- | --- |
| **XÁC NHẬN CỦATHỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ***(Ký tên, đóng dấu)* | *Ngày…..tháng…..năm……..***Người hành nghề KB, CB***(Ký, họ tên, trừ trường hợp sử dụng chữ ký số)* |

  | ***Liên số 2***………….                     **Mẫu Số:**……………..Số:………………/KCBSố seri: ………………**……..****GIẤY CHỨNG NHẬNNGHỈ VIỆC HƯỞNG BẢO HIỂM XÃ HỘI**(chỉ áp dụng cho điều trị ngoại trú)**I. Thông tin người bệnh**Họ và tên: ………… ngày sinh ……./…… /…….Mã số BHXH/Số thẻ BHYT:……….. ;Giới tính: ……………..Đơn vị làm việc: ………….**II. Chẩn đoán và phương pháp điều trị**…………..Số ngày nghỉ: …………(Từ ngày …………..đến hết ngày……………..)**III. Thông tin cha, mẹ** (chỉ áp dụng đối với trường hợp người bệnh là trẻ em dưới 7 tuổi)– Họ và tên cha: …………– Họ và tên mẹ: …………..

|  |  |
| --- | --- |
| **XÁC NHẬN CỦATHỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ***(Ký tên, đóng dấu)* | *Ngày…..tháng…..năm……..***Người hành nghề KB, CB***(Ký, họ tên, trừ trường hợp sử dụng chữ ký số)* |

 |

\