|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Liên số 1***  …………………….**Mẫu**  Số:……………………  Số: ……………../KCB  Sốseri: ……………….  **GIẤY CHỨNG NHẬN NGHỈ 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 07 tuổi)  - Họ và tên cha: ……………………………….  - Họ và tên mẹ: ……………………………….  *Ngày …. tháng …. năm ……* | | ***Liên số 2***  …………………….**Mẫu**  Số:……………………  Số: ……………../KCB  Sốseri: ……………….  **GIẤY CHỨNG NHẬN NGHỈ 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 07 tuổi)  - Họ và tên cha: ……………………………….  - Họ và tên mẹ: ……………………………….  *Ngày …. tháng …. năm……* | |
| **XÁC NHẬN CỦA THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ** *(Ký tên, đóng dấu)* | **Người hành nghề KB, CB** *(Ký, họ tên, trừ trường  hợp sử dụng chữ ký số)* | **XÁC NHẬN CỦA THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ** *(Ký tên, đóng dấu)* | **Người hành nghề KB, CB** *(Ký, họ tên, trừ trường  hợp sử dụng chữ ký số)* |
|  |  |  |  |