|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***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)* |

 |