**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

Độc lập-Tự do-Hạnh phúc

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ HƯỞNG TRỢ CẤP THAI SẢN**

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội huyện/quận ..................................................................

Họ tên: ........................................................ , số sổ BHXH: .................................

Số CMND ................................................ do ......................................................

cấp ngày ……. tháng …… năm ……

Hiện cư trú tại:......................................................................................................

............................................................................................................................

Số điện thoại (nếu có): ……………....................……ĐTDĐ:………....................

Có thời gian tham gia BHXH là …… năm …… tháng

Nghỉ việc, không đóng BHXH từ tháng …… năm ……

Sinh con/Nhận nuôi con nuôi ngày …… tháng …… năm……

Đề nghị cơ quan Bảo hiểm xã hội xem xét, giải quyết chế độ thai sản cho tôi theo quy định.

|  |  |
| --- | --- |
| ……, ngày …… tháng ……năm……  Xác nhận của chính quyền  địa phương nơi cư trú  (ký, đóng dấu) | ……, ngày …… tháng ……năm……  Người làm đơn  (ký, ghi rõ họ tên) |