**PHỤ LỤC 7**

MẪU GIẤY CHỨNG NHẬN NGHỈ VIỆC HƯỞNG BẢO HIỂM XÃ HỘI
*(Kèm theo Thông tư số 18/2022/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Liên số 1***…………………….**Mẫu**Số:……………………Số: ……………../KCBSốseri: ……………….**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 07 tuổi)- Họ và tên cha: …………………………….- Họ và tên mẹ: ……………………………….*Ngày …. tháng …. năm ……* | ***Liên số 2***…………………….**Mẫu**Số:……………………Số: ……………../KCBSốseri: ……………….**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 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)* |