**PHỤ LỤC 2**

MẪU GIẤY ĐỀ NGHỊ KHÁM GIÁM ĐỊNH  
*(Kèm theo Thông tư số 18/2022/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  
---------------**

*……..., ngày ….. tháng ….. năm …..*

**GIẤY ĐỀ NGHỊ KHÁM GIÁM ĐỊNH**

**Kính gửi: …………………………………………….**

Tên tôi là…………………….………………………. Sinh ngày…….tháng……..năm……..

Chỗ ở hiện tại: ………………………………………………………………………………….

CCCD/CMND/Hộ chiếu số: …..……….. Ngày cấp:……………… Nơi cấp:……………......

Số sổ BHXH/Mã số BHXH: ………………………………….1………………………………..

Nghề/công việc: ……………………………………………2…………………………………..

Điện thoại liên hệ: ………………………………………………………………………………

Đề nghị được giám định mức độ suy giảm khả năng lao động:

Đề nghị giám định: …………………………………………3 …………………………………

Loại hình giám định:………………………………………. 4 …………………………………

Nội dung giám định:………………………………………. 5 …………………………………

Đang hưởng chế độ:……………………………………….6 …………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Xác nhận của UBND hoặc Công an cấp xã**10 | **Người viết giấy đề nghị** *(Ký, ghi rõ họ tên)* |