|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ĐƠN VỊ:…………………………. **BỘ PHẬN………………………. ----------------** |  |  | **Mẫu số: C78-HD** *(Ban hành kèm theo Thông tư số 102/2018/TT-BTC ngày 14 tháng 11 năm 2018 của Bộ Tài chính)* |

**BẢNG THANH TOÁN TRỰC TIẾP CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**

Số:……………………….

Họ tên người bệnh: …………………………năm sinh: …………Giới tính………………………….

Địa chỉ:…………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mã thẻ BHYT: |  |  |  |  | Giá trị: từ….. / …../……… Đến……… /……/………. |

Thời điểm đủ 05 năm liên tục: Từ ……./…….. /………………..

*Đơn vị tính:*……………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên cơ sở KCB** | **Tuyến cơ sở KCB** | **Loại KCB** | **Mức thanh toán tối đa** | **Tổng số tiền đề nghị theo hóa đơn** | **Chi phí KCB trong phạm vi BHYT** | | | | **Chi KCB ngoài phạm vi BHYT** | **Số tiền chi trả từ quỹ BHYT** |
| **Theo Nghị định 146** | **Theo Nghị định 70** | **Người bệnh cùng chi trả** | **Người bệnh tự trả** |
| A | B | C | D |  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| I | Mã thẻ BHYT: Giá trị: từ ……/ …… / ……... đến …../……/……. | | | | | | | | | | |
| 1 | Nơi điều trị (BV...) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Nơi điều trị (BV...) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ….. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Tổng cộng** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Tổng số tiền theo hóa đơn:…………………..

Chi trong chế độ BHYT thanh toán trực tiếp từ quỹ BHYT:…………………………….

*(Viết bằng chữ:………………………………………………………….)*

(Kèm theo …………………….chứng từ gốc).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NGƯỜI LẬP BIỂU** *(Ký, họ tên)* | **KẾ TOÁN TRƯỞNG** *(Ký, họ tên)* | *Ngày ….tháng….. năm ....* **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ** *(Ký, họ tên, đóng dấu)* |