|  |  |
| --- | --- |
| **BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM**  **BẢO HIỂM XÃ HỘI ........................** | **Mẫu số 05/BHYT** |

GIẤY CHỨNG NHẬN KHÔNG CÙNG CHI TRẢ TRONG NĂM

BHXH xác nhận

Ông/bà: .............................................................. Ngày sinh: ...........................................

Địa chỉ: ............................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

Mã số thẻ BHYT từ..../...../....đến ...../...../.....

giá trị:

Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu: .................................................................

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

Thời điểm tham gia BHYT đủ 5 năm liên tục: từ ngày …. /…../……..

Thời điểm cùng chi trả chi phí khám, chữa bệnh BHYT luỹ kế trong năm vượt quá 6 tháng lương cơ sở: từ ngày …./…../…….

Người bệnh sử dụng giấy này được miễn cùng chi trả trong phạm vi quyền lợi BHYT khi đi khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến từ ngày.…/..…/…. đến ngày 31/12/….

|  |
| --- |
| *........, ngày...tháng...năm...* |
| **Giám đốc**  *(Ký, họ tên, đóng dấu)* |