|  |  |
| --- | --- |
| ***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)* |