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

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Kính gửi: Chủ tịch Ủy ban nhân dân …………..(1)…

Họ và tên người đề nghị: ………………………….(2) ……………………..

Địa chỉ cư trú: ………..Số điện thoại:…………. Hộp thư điện tử:…….

Số Chứng minh nhân dân (Căn cước công dân): ……………………………

Số tài khoản: …………………………………………………………………

(Trình bày tóm tắt lý do, thời gian, nơi khám bệnh, chữa bệnh):…………...

……………………………………………………………………………….

Tôi xin đề nghị được thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho ..(3)..

Số tiền đề nghị thanh toán là: ………………………đồng.

Bằng chữ …………………………………………………………………….

Xin gửi kèm theo Đơn này: Phiếu xét nghiệm; đơn thuốc; hóa đơn thu tiền; giấy xuất viện.

Kính đề nghị cấp có thẩm quyền xem xét, giải quyết.

Tôi xin trân trọng cảm ơn!

|  |  |
| --- | --- |
|  | *....(4).... ngày .... tháng.... năm…..* **NGƯỜI VIẾT ĐƠN (5)** *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1) Ghi cụ thể tên Ủy ban nhân dân cấp huyện.

(2) (5) Họ và tên của người đề nghị được hưởng chế độ bị ốm đau, bị tai nạn, bị thương trực tiếp viết đơn hoặc người đại diện hợp pháp viết đơn phải ghi rõ quan hệ với người đề nghị được hưởng chế độ bị ốm đau, bị tai nạn, bị thương.

(3) Người được hưởng chế độ.

(4) Địa danh.