

Tên cơ quan đơn vị:.....
Mã đơn vị:.....
Số Điện thoại:.....

Mẫu 01D-HSB

**DANH SÁCH ĐỀ NGHỊ GIẢI QUYẾT HƯỞNG CHẾ ĐỘ, ỒM ĐAU, THAI SẢN,
DUỖNG SỨC PHỤC HỒI SỨC KHỎE**

Đợt.....tháng.....năm.....
Số tài khoản:.....Mở tại:.....

PHẦN 1: DANH SÁCH ĐỀ NGHỊ HƯỞNG CHẾ ĐỘ MỚI PHÁT SINH

STT	Họ và tên	Mã số BHXH	Số ngày nghỉ thực tế nghỉ việc để tính hưởng trợ cấp			Thông tin về tài khoản nhận trợ cấp	Mã hồ sơ	Ghi chú
			Từ ngày	Đến ngày	Tổng số			
A	B	1	2	3	4	C	D	E
A	CHẾ ĐỘ ỒM ĐAU							
I	Ồm thường							
I								
...								
II	Ồm dài ngày							
I								
...								
III	Con ốm							
I								
...								
B	CHẾ ĐỘ THAI SẢN							

1	Khám thai								
1									
...									
II	Sảy thai, phá thai, thai chết trong tử cung, thai chết trong khi chuyển dạ, thai ngoài tử cung								
-	Trường hợp thai dưới 5 tuần tuổi								
1									
...									
-	Trường hợp thai từ 05 tuần tuổi đến dưới 13 tuần tuổi								
1									
...									
-	Trường hợp thai từ 13 tuần tuổi đến dưới 22 tuần tuổi								
1									
...									
-	Trường hợp thai từ 22 tuần tuổi trở lên								
1									
...									
III	Sinh con								
-	Trường hợp thông thường								
+	Sinh một con								

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

+	Sau khi nhận con, con chết								
•	Con dưới 2 tháng tuổi chết								
1									
...									
•	Con từ 02 tháng tuổi trở lên chết								
1									
...									
+	Sinh từ 02 con trở lên mà vẫn có con còn sống								
1									
...									
-	Người mẹ nhờ mang thai hộ chết hoặc gặp rủi ro không còn đủ sức khỏe để chăm sóc con								
1									
...									
-	Trường hợp người mẹ nhờ mang thai hộ không nghỉ việc								
VII	Lao động nam, người chồng của lao động nữ mang								

[illegible]

[illegible]

PHẦN 2: DANH SÁCH ĐỀ NGHỊ ĐIỀU CHỈNH SỐ ĐÃ ĐƯỢC GIẢI QUYẾT

STT	Họ và tên	Mã số BHXH (số sổ BHXH)	Đợt đã giải quyết	Lý do đề nghị điều chỉnh	Thông tin về tài khoản nhận trợ cấp	Ghi chú
A	B	1	2	3	C	D
A	CHẾ ĐỘ ỐM ĐAU					
I	Ốm thường					
I						
...						
II	...					
B	CHẾ ĐỘ ...					
...						
	Cộng					

*Giải trình trong trường hợp nộp hồ sơ chậm:.....

..., ngày tháng năm

Thủ trưởng đơn vị

(Ký ghi rõ họ tên và đóng dấu hoặc ký số)