|  |  |
| --- | --- |
| …………………….**Mẫu**  Số:……………………  Số: ……………../KCB  Số seri: ……………….  **GIẤY CHỨNG NHẬN NGHỈ 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: …………………..;  Số CCCD/CMND/Định danh công dân/Hộ chiếu:…………Ngày cấp:…/……/…..  Giới tính: ……………………………………….  Đơn vị làm việc: ………………………………..  Ngày khám bệnh, chữa bệnh: ngày…..tháng….năm…..  **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 ……* | |
| **ĐẠI DIỆN ĐƠN VỊ** *(Ký ghi rõ họ tên, đóng dấu)* | **Người hành nghề KB, CB** *(Ký, ghi rõ họ tên,)* |