|  |
| --- |
| …………………….**Mẫu**Số:……………………Số: ……………../KCBSố seri: ……………….**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: …………………..;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,)* |