Mẫu 18-CBH

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

GIẤY ỦY QUYỀN LĨNH THAY LƯƠNG HƯU, TRỢ CẤP BHXH

1. Người ủy quyền (Người hưởng chế độ BHXH):

- Họ và tên:.....Năm sinh:.....

- Nơi cư trú.....Số điện thoại:.....

- Số sổ BHXH/mã định danh:..... .Loại chế độ BHXH đang hưởng.....

- Nơi đang lĩnh chế độ BHXH:.....

Tôi đồng ý ủy quyền cho Ông (Bà)..... nêu tại mục 2 dưới đây lĩnh thay lương hưu, trợ cấp BHXH.

2. Người được ủy quyền (Người lĩnh thay chế độ BHXH):

- Họ và tên:.....

- Số CMND:.....

- Nơi cư trú.....Số điện thoại.....

- Thời hạn ủy quyền: Từ tháng.....năm.....đến tháng.....năm.....

- Nơi lĩnh:.....

Chúng tôi cam kết chấp hành đúng quy định về việc lĩnh tiền chế độ BHXH. Trong trường hợp Người ủy quyền (Người hưởng chế độ BHXH) xuất cảnh trái phép hoặc bị Tòa án tuyên bố là mất tích hoặc chết hoặc có căn cứ xác định việc hưởng BHXH không đúng quy định của pháp luật thì Người được ủy quyền (Người lĩnh thay chế độ BHXH) có trách nhiệm thông báo kịp thời cho Đại diện chi trả hoặc BHXH cấp huyện, nếu vi phạm phải trả lại số tiền đã nhận và bị xử lý theo quy định của pháp luật./.

....., ngày ... tháng .... năm	*....., ngày ... tháng ... năm ...*
Xác nhận của chính quyền địa phương; hoặc Giám đốc trại giam; hoặc Đại sứ quán Việt Nam hoặc cơ quan đại diện Việt Nam hoặc Chính quyền địa	**Người ủy quyền** *(Ký, ghi rõ họ tên)*

phương ở nước nơi người hưởng đang cư trú

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Ghi chú:

- Người lĩnh thay khi đến nhận tiền phải xuất trình Giấy ủy quyền, chứng minh nhân dân hoặc giấy tờ tùy thân có ảnh;

- Giấy ủy quyền bằng tiếng nước ngoài phải kèm theo bản dịch sang tiếng Việt của phòng công chứng để cơ quan BHXH biết, giải quyết.

- Thời hạn ủy quyền do các bên thỏa thuận, trường hợp không thỏa thuận thì thời hạn ủy quyền có hiệu lực là một năm kể từ ngày xác lập việc ủy quyền.

Mẫu 18a-CBH

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

GIẤY ỦY QUYỀN LĨNH THAY TIỀN KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

1. Người ủy quyền (Người hưởng chế độ BHXH):

- Họ và tên:.....Năm sinh:.....

- Nơi cư trú.....Số điện thoại:.....

- Số thẻ BHXH/mã định danh:.....

- Số phiếu Tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả:.....Ngày hẹn trả..../..../.....

Tôi đồng ý ủy quyền cho Ông (Bà) ..... nêu tại mục 2 dưới đây lĩnh thay tiền thanh toán trực tiếp chi phí khám chữa bệnh BHYT

2. Người được ủy quyền (Người lĩnh thay):

- Họ và tên:.....

- Số CMND:.....

- Nơi cư trú.....Số điện thoại.....

- Thời hạn ủy quyền: Từ tháng.....năm.....đến tháng.....năm.....

- Nơi lĩnh: BHXH tỉnh/huyện.....

Chúng tôi cam kết chấp hành đúng quy định về việc lĩnh thay tiền thanh toán trực tiếp chi phí khám chữa bệnh BHYT; nếu vi phạm phải trả lại số tiền đã nhận và bị xử lý theo quy định của pháp luật./.

....., ngày ... tháng ... năm ...	*....., ngày ... tháng ... năm ...*
Xác nhận của chính quyền địa phương; hoặc Giám đốc trại giam; hoặc Đại sứ quán Việt Nam hoặc cơ quan đại diện Việt Nam hoặc Chính quyền địa phương ở nước nơi người hưởng đang cư trú	**Người ủy quyền**
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)	*(Ký, ghi rõ họ tên)*

Ghi chú:

- Người lĩnh thay khi đến nhận tiền phải xuất trình Giấy ủy quyền, chứng minh nhân dân hoặc giấy tờ tùy thân có ảnh;

- Giấy ủy quyền bằng tiếng nước ngoài phải kèm theo bản dịch sang tiếng Việt của phòng công chứng để cơ quan BHXH biết, giải quyết.

- Thời hạn ủy quyền do các bên thỏa thuận, trường hợp không thỏa thuận thì thời hạn ủy quyền có hiệu lực là một năm kể từ ngày xác lập việc ủy quyền.