MẪU GIẤY CHỨNG NHẬN NGHỈ VIỆC HƯỞNG BẢO HIỂM XÃ HỘI
*(Kèm theo Thông tư số 56/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Liên số 1***…………………………….                     **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:.......................................................... ;Giới tính: .....................................................................................Đơn vị làm việc: .............................................................................................................................................................................**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 7 tuổi)- Họ và tên cha: ...........................................................................- Họ và tên mẹ: ...........................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **XÁC NHẬN CỦATHỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ***(Ký tên, đóng dấu)* | *Ngày…..tháng…..năm……..***Người hành nghề KB, CB***(Ký, họ tên, trừ trường hợp sử dụng chữ ký số)* |

 | ***Liên số 2***…………………………….                     **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:.......................................................... ;Giới tính: .....................................................................................Đơn vị làm việc: .............................................................................................................................................................................**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 7 tuổi)- Họ và tên cha: ...........................................................................- Họ và tên mẹ: ...........................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **XÁC NHẬN CỦATHỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ***(Ký tên, đóng dấu)* | *Ngày…..tháng…..năm……..***Người hành nghề KB, CB***(Ký, họ tên, trừ trường hợp sử dụng chữ ký số)* |

 |