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 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:.......................................................... ;  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 CỦA THỦ 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 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:.......................................................... ;  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 CỦA THỦ 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)* | |