|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***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)* | |