

.....**Mẫu**

Số:

Số:/KCB

Số 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:

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 ngàyđến 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:

ĐẠI DIỆN ĐƠN VỊ
(Ký ghi rõ họ tên, đóng dấu)

Ngày tháng năm
Người hành nghề KB, CB
(Ký, ghi rõ họ tên,)

