**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**CHUYỂN NƠI NHẬN TRỢ CẤP**

**BẢO HIỂM XÃ HỘI HÀNG THÁNG**

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội tỉnh/thành phố ........................

Tên tôi là: .......................................... sinh ngày .......... tháng ........... năm ..........

Số CMND ....................... cấp ngày ......... tháng ....... năm ............ tại ……….
………………………………; số điện thoại (nếu có): ………………….

Theo hồ sơ hưởng BHXH, tôi còn có tên ....................., sinh ngày ....../....../.....(1)

Hiện đang hưởng chế độ .................................................... tại địa chỉ ..................
.................................................................................................................................

Số hồ sơ ..................................................

Số thẻ BHYT hiện đang sử dụng (nếu có): ...........................................................

Tôi làm đơn này đề nghị Bảo hiểm xã hội tỉnh/thành phố .................................. giải quyết cho tôi được chuyển đến hưởng trợ cấp BHXH hàng tháng tại nơi cư trú mới theo địa chỉ (2):………………………………………..

……………………………………………………………………………….…

Tôi xin đăng ký nơi khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại (3): .................... .................................................................................................................................

Tôi đề nghị được nhận trợ cấp BHXH hàng tháng qua tài khoản cá nhân của tôi như sau: Chủ tài khoản:………………………………, số tài khoản:….....…………..., mở tại Ngân hàng ………………………….., chi nhánh...............….(4) ./.

|  |  |
| --- | --- |
| *.............., ngày ...... tháng ..... năm .....***Xác nhận của chính quyền****địa phương nơi cư trú mới**(4)*(Ký, đóng dấu)* | *........., ngày ....... tháng ..... năm ......***Người làm đơn***(Ký, ghi rõ họ tên)* |