**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

----------------

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ  
HƯỞNG TRỢ CẤP THAI SẢN**

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội ..................................

Họ tên: ................., Số CMNDSố................do ..................cấp ngày ...................

tháng .... năm....... , là cha/người nuôi dưỡng của ................ , sinh ngày ........ tháng ............. năm .............

Hiện cư trú tại:..........................................

Số điện thoại (nếu có): ……………………ĐTDĐ: ……………………

Mẹ cháu là ………………………, chết ngày … tháng …… năm ……, có thời gian đóng BHXH là …… năm …… tháng, số sổ BHXH:

……………………

Đề nghị cơ quan Bảo hiểm xã hội xem xét, giải quyết chế độ thai sản cho tôi theo quy định.

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