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

…., ngày … tháng … năm …

**ĐƠN XIN HƯỞNG CHẾ ĐỘ TRỢ CẤP BỆNH HIỂM NGHÈO**

**Kính gửi: – Sở Y tế ……..;**

**– Bệnh viện/ Trung tâm Y tế ……**

* Căn cứ Quyết định số:……..ngày…..tháng….năm …. của Ủy ban nhân dân tỉnh …… về việc Quy định hỗ trợ một phần chi phí khám, chữa bệnh cho người nghèo, người gặp khó khăn đột xuất do mắc bệnh nặng, bệnh hiểm nghèo trên địa bàn tỉnh ………;
* Căn cứ vào nhu cầu của bản thân;

Tôi là: ….., sinh năm: ……

CMND/CCCD số: …….. Ngày cấp:….. Nơi cấp:……

Hộ khẩu thường trú :………

Nơi ở hiện tại : ………

Số điện thoại : ………

Hiện nay, tôi đang điều trị bệnh ……… tại Bệnh viện/Trung tâm y  tế……Thời gian điều trị kéo dài, kinh phí điều trị lên đến…. triệu đồng(gửi kèm hóa đơn viện phí). Tuy nhiên, hoàn cảnh gia đình tôi lại rất khó khăn (nêu chi tiết về hoàn cảnh của gia đình bạn). Vì vậy, việc tiếp tục điều trị với tôi là vô cùng khó khăn. Tôi được biết vừa qua, Ủy ban nhân dân tỉnh đã ban hành Quyết định số:……..ngày…..tháng….năm …. về việc Quy định hỗ trợ một phần chi phí khám, chữa bệnh cho người nghèo, người gặp khó khăn đột xuất do mắc bệnh nặng, bệnh hiểm nghèo trên địa bàn tỉnh ……. Tôi thấy đây là một việc làm rất ý nghĩa đối với các bệnh nhân mắc bệnh hiểm nghèo có hoàn cảnh khó khăn như bản thân tôi.

Nay tôi làm đơn này, rất mong các quý cơ quan xem xét về hoàn cảnh của tôi và tạo điều kiện giúp đỡ tôi để tôi được hưởng trợ cấp bảo hiểm bệnh hiểm nghèo, từ đó giúp tôi có điều kiện tiếp tục điều trị bệnh, hồi phục sức khỏe.

Tôi xin chân thành cảm ơn.

**Người làm đơn**

(Ký và ghi rõ họ tên)