**BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM**

**BẢO HIỂM XÃ HỘI** ........................

**PHIẾU YÊU CẦU GIÁM ĐỊNH**

**Kính gửi:** ……..[tên cơ quan BHXH nơi tổ chức giám định]…….

BHXH ......................................................... đề nghị giám định trường hợp người bệnh ........................................................., năm sinh .......................

Mã thẻ BHYT ....................................................... giá trị: từ...../...../.... đến .../.../...

Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu: ......................................................

Nơi khám bệnh, chữa bệnh: .................................................................................

Hình thức khám bệnh, chữa bệnh (nội trú, ngoại trú): ..........................................

Chẩn đoán: ...........................................................................................................

Nội dung yêu cầu giám định:

Bản sao chứng từ gửi kèm:

1) ..........................................................................................................................

2) ..........................................................................................................................

3) ..........................................................................................................................

4) ..........................................................................................................................

5) ..........................................................................................................................

Đề nghị gửi lại kết quả giám định trước ngày ..........tháng............năm ...........

|  |  |
| --- | --- |
|  | *.............., ngày...tháng...năm...* |
|  | **Giám đốc** *(Ký, họ tên, đóng dấu)* |