|  |  |
| --- | --- |
| BỘ QUỐC PHÒNG BẢO HIỂM XÃ HỘI ------- | CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc --------------- |
| Số: /PĐC | *Hà Nội, ngày …. tháng …. năm ……* |

**PHIẾU ĐIỀU CHỈNH  
TRỢ CẤP TNLĐ/BNN HẰNG THÁNG DO THƯƠNG TẬT, BỆNH TẬT TÁI PHÁT**

Đồng chí:………………………………………………Nam (nữ): …………………..

Sinh ngày: ……/ ……/………… Số sổ BHXH: ………………………………………

Cấp bậc, chức vụ, chức danh, nghề nghiệp: …………………………………………..

Đơn vị: …………………………………………………………………………………

Bị TNLĐ/BNN ngày: ……../ ……/ …………; Tỷ lệ suy giảm KNLĐ: ……………………….

Được hưởng trợ cấp TNLĐ/BNN hằng tháng từ ngày: …./…../……. theo Quyết định số ……/QĐ-BHXH ngày …../ ……/ …………… của Giám đốc BHXH Bộ Quốc phòng.

**Mức hưởng trợ cấp TNLĐ/BNN hằng tháng như sau:**

Tổng số thời gian tham gia bảo hiểm xã hội: ……………..năm ………………tháng

Mức tiền lương làm căn cứ tính trợ cấp: ………………………………….…. đồng/tháng

a) Trợ cấp theo mức suy giảm khả năng lao động: …………………………….. đồng

b) Trợ cấp theo thời gian và tiền lương tháng đóng BHXH …………………….. đồng

Số tiền trợ cấp hằng tháng (a+b): ……………………………………………… đồng

c) Mức điều chỉnh (a+b): …………….. đ x…………. (hệ sốđiều chỉnh)=………….. đồng

Tổng số tiền trợ cấp: …………………………………………………………… đồng

*(Bằng chữ: ………………………………………………………………………………………)*

Nơi nhận: ……………………………………………………………………………../.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NGƯỜI LẬP PHIẾU *(Ký, ghi rõ họ tên)* | TRƯỞNG PHÒNG CĐCS *(Ký, ghi rõ họ tên)* | GIÁM ĐỐC *(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)* |
| NGƯỜI NHẬN *(Ký, ghi rõ họ tên)* | TÀI CHÍNH ĐƠN VỊ *(Ký, ghi rõ họ tên)* | |

***Ghi chú:****Mẫu này dùng cho thanh toán trợ cấp TNLĐ/BNN hằng tháng do thương tật, bệnh tật tái phát (phần mềm nên để mở, để thuận tiện khi có hệ số điều chỉnh).*