**Mẫu giấy ra viện:**

**MẪU GIẤY RA VIỆN**

*(Kèm theo Thông tư số 56/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………..BV:………….Khoa:……….. | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập – Tự do – Hạnh phúc—————** | MS: 01/BV-01Số lưu trữ:………………..Mã Y tế …../…./…./….. |

**GIẤY RA VIỆN**

– Họ tên người bệnh: …….. Tuổi: ………..Nam/Nữ…..

– Dân tộc: ……….Nghề nghiệp: ………

– Mã số BHXH/Thẻ BHYT số: ……………

– Địa chỉ:…………

– Vào viện lúc:……….giờ………phút, ngày……tháng……năm………

– Ra viện lúc:……….giờ………phút, ngày……tháng……năm………

– Chẩn đoán:…….

– Phương pháp điều trị:………

– Ghi chú: ………..

………..

|  |  |
| --- | --- |
| *Ngày….. tháng….. năm……..***Thủ trưởng đơn vị***(Ký tên, đóng dấu)* | *Ngày….. tháng….. năm……..***Trưởng khoa***(Ký tên, đóng dấu)* |

**Mẫu giấy chứng nhận nghỉ việc hưởng bảo hiểm xã hội:**

**MẪU GIẤY CHỨNG NHẬN NGHỈ VIỆC HƯỞNG BẢO HIỂM XÃ HỘI**

*(Kèm theo Thông tư số 56/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Liên số 1***…….                     **Mẫu Số:**……..Số:………/KCBSố seri:…........**GIẤY CHỨNG NHẬN****NGHỈ VIỆC HƯỞNG BẢO HIỂM XÃ HỘI**(chỉ áp dụng cho điều trị ngoại trú)**I. Thông tin người bệnh**Họ và tên: ………. ngày sinh ……./…… /…….Mã số BHXH/Số thẻ BHYT:……… ;Giới tính: ………Đơn vị làm việc: ………..**II. Chẩn đoán và phương pháp điều trị**………Số ngày nghỉ: ……..(Từ ngày ……..đến hết ngày………..)**III. Thông tin cha, mẹ** (chỉ áp dụng đối với trường hợp người bệnh là trẻ em dưới 7 tuổi)– Họ và tên cha: ……..– Họ và tên mẹ: …………

|  |  |
| --- | --- |
| **XÁC NHẬN CỦATHỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ***(Ký tên, đóng dấu)* | *Ngày…..tháng…..năm……..***Người hành nghề KB, CB***(Ký, họ tên, trừ trường hợp sử dụng chữ ký số)* |

 | ***Liên số 2***………….                     **Mẫu Số:**………..Số:………/KCBSố seri: ……**..****GIẤY CHỨNG NHẬN****NGHỈ VIỆC HƯỞNG BẢO HIỂM XÃ HỘI**(chỉ áp dụng cho điều trị ngoại trú)**I. Thông tin người bệnh**Họ và tên: ………. ngày sinh ……./…… /…….Mã số BHXH/Số thẻ BHYT:……… ;Giới tính: ………Đơn vị làm việc: ………..**II. Chẩn đoán và phương pháp điều trị**………Số ngày nghỉ: ……..(Từ ngày ……..đến hết ngày……..)**III. Thông tin cha, mẹ** (chỉ áp dụng đối với trường hợp người bệnh là trẻ em dưới 7 tuổi)– Họ và tên cha: ……..– Họ và tên mẹ: ………

|  |  |
| --- | --- |
| **XÁC NHẬN CỦATHỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ***(Ký tên, đóng dấu)* | *Ngày…..tháng…..năm……..***Người hành nghề KB, CB***(Ký, họ tên, trừ trường hợp sử dụng chữ ký số)* |

 |