**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 CỦA THỦ 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 CỦA THỦ 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)* | |