**PHỤ LỤC 7**

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 NHẬNNGHỈ 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 NHẬNNGHỈ 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)* |

  |