**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: ……/KCB  Số 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:… …/KCB  Số 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)* | |