***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)* |