

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM
BẢO HIỂM XÃ HỘI

Mẫu số 05/BHYT

GIẤY CHỨNG NHẬN KHÔNG CÙNG CHI TRẢ TRONG NĂM

BHXXH xác nhận

Ông/bà: Ngày sinh:

Địa chỉ:

Mã số thẻ BHYT

--	--	--	--	--	--

 từ....../...../.....đến/...../.....

Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu:

.....

Thời điểm tham gia BHYT đủ 5 năm liên tục: từ ngày /...../.....

Thời điểm cùng chi trả chi phí khám, chữa bệnh BHYT lũy kế trong năm vượt quá 6 tháng lương cơ sở: từ ngày /...../.....

Người bệnh sử dụng giấy này được miễn cùng chi trả trong phạm vi quyền lợi BHYT khi đi khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến từ ngày....../...../..... đến ngày 31/12/....

....., ngày...tháng...năm...

Giám đốc
(Ký, họ tên, đóng dấu)