

TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN
TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA
BỆNH/TÊN CƠ QUAN BẢO
HIỂM XÃ HỘI

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: .../...

.....¹....., ngày ... tháng ... năm ...

V/v đề nghị ký hợp đồng/phụ lục hợp
đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm
y tế

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội .../Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *hoặc* đơn vị đại diện ký hợp đồng khám
bệnh, chữa bệnh

Tên cơ sở đề nghị: Bảo hiểm xã hội .../Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn vị đại diện ký hợp đồng
khám bệnh, chữa bệnh

Địa chỉ:²

Điện thoại: Fax: Email (nếu có):

Số Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh số:³ ... Ngày cấp: ... Nơi cấp:
.....

Số hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đang thực hiện và số các phụ lục hợp đồng của hợp
đồng đã ký (nếu có):⁴

Trường hợp đề nghị: Ký hợp đồng/Ký Phụ lục hợp đồng⁵:

Hồ sơ gửi kèm theo đơn này gồm các giấy tờ sau đây:⁶

(1)

(2)

(3)
.....

Địa chỉ tra cứu trực tuyến các giấy tờ trong hồ sơ:

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và ký hợp đồng/ký phụ lục Hợp đồng của hợp đồng khám bệnh, chữa
bệnh bảo hiểm y tế số/HĐKCB-BHYT ký ngày ... tháng ... năm 20...

¹ Địa danh.

² Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi trên GPHE/Địa chỉ cơ quan bảo hiểm xã hội.

³ Nội dung này dành riêng trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là đơn vị đề nghị.

⁴ Nội dung này dành riêng trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị ký bổ sung phụ lục hợp đồng.

⁵ Ghi cụ thể trường hợp ký hợp đồng, ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại
Điều 23 và Điều 24 Nghị định 188/2025/NĐ-CP.

⁶ Liệt kê đầy đủ các giấy tờ, tài liệu nộp kèm theo đơn.

ĐẠI DIỆN CƠ SỞ
(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)