

.....(Tên cơ quan quản lý)

.....(Tên cơ sở giáo dục).....

**DANH SÁCH HỌC SINH, SINH VIÊN
THAM GIA BHYT THEO NHÓM ĐỐI TƯỢNG KHÁC**

STT	Họ tên	Ngày tháng năm sinh	Lớp	Mã thẻ BHYT	Thời hạn sử dụng của thẻ		Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu
					Từ	Đến	
					.../.../...	.../.../...	

Người lập biểu
(ký, họ tên)

....., ngàytháng năm 20....

Thủ trưởng đơn vị
(ký, họ tên, đóng dấu)