

## GIẤY ĐỀ NGHỊ HỖ TRỢ KINH PHÍ KHI KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

Kính gửi: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh.

Họ và tên người viết giấy:.....

Họ và tên người bệnh:.....

Sinh ngày ...../...../.....

Thẻ Bảo hiểm y tế: mã số thẻ.....,  
mã mức hưởng BHYT....., mã nơi sinh sống .....

Nơi đăng ký thường trú:.....,  
tỉnh Hà Tĩnh.

Điện thoại (nếu có): .....

Căn cứ Nghị quyết số 108/2023/NQ-HĐND ngày 14/07/2023 của Hội đồng nhân dân tỉnh Hà Tĩnh về chính sách hỗ trợ đối với người thuộc hộ nghèo và một số đối tượng có hoàn cảnh khó khăn khi khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế.

Người bệnh thuộc đối tượng được hưởng chính sách: Hộ nghèo

Bệnh được chẩn đoán khi khám bệnh, chữa bệnh: .....

Thời gian khám bệnh, chữa bệnh: ..... ngày, từ ngày..... đến ngày .....

Nơi khám bệnh, chữa bệnh: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh.

Tôi xin thanh toán hỗ trợ chi phí cho đợt khám bệnh, chữa bệnh, số tiền:..... đồng, gồm:

- Hỗ trợ tiền ăn:..... đồng.

- Hỗ trợ tiền đi lại:..... đồng.

- Hỗ trợ chi phí khám bệnh, chữa bệnh:..... đồng.

(Hồ sơ kèm theo gồm: .....

Tôi xin cam đoan và chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật về các thông tin cá nhân nêu trên.

Đề nghị cơ quan thanh toán số kinh phí nói trên theo quy định hiện hành./.

Hà Tĩnh, ngày ..... tháng ..... năm .....

**NGƯỜI VIẾT GIẤY**

(Ký, ghi rõ họ tên)