

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

\*\*\*\*\*

**GIẤY ĐỀ NGHỊ THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BHYT**

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội .....

Họ và tên người đề nghị: .....

Số Chứng minh nhân dân: .....

Ngày cấp: ..... Nơi cấp: .....

Quan hệ với người bệnh: .....

Họ và tên người bệnh: ..... Nam/Nữ: .....

Ngày tháng năm sinh: .....

Địa chỉ: .....

Số thẻ bảo hiểm y tế: .....

Giá trị sử dụng: Từ ngày ...../...../.....

Nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu: .....

Khám chữa bệnh: ..... Nội trú ..... Ngoại trú

Tại cơ sở khám chữa bệnh: .....

Chẩn đoán: .....

Đề nghị được thanh toán trực tiếp chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế:

Số tiền đề nghị thanh toán: ..... đồng.

Bằng chữ: .....

Lý do chưa được hưởng quyền lợi tại cơ sở khám chữa bệnh:

.....

.....

Chứng từ kèm theo:

1.....

2.....



3.....  
4.....  
5.....

....., ngày ... tháng ... năm ...

**Người đề nghị**

*(Ký, ghi rõ họ tên)*

