

Tên cơ sở y tế

Mẫu số C65-HD1

Số seri.....

Số:...../KCB

**GIẤY CHỨNG NHẬN
NGHỈ VIỆC HƯỞNG BẢO HIỂM XÃ HỘI**

Họ và tên:

ngày sinh:.../.../.....

Số

thẻ

BHYT:

Đơn

vị

làm

việc:

Lý

do

nghỉ

việc:

Số

ngày

nghỉ:

(Từ ngày.....đến hết ngày.....)

....., ngày... tháng... năm.....

Y, bác sỹ KCB

(Ký, họ tên, đóng dấu)