

**GIẤY ĐỀ NGHỊ THANH TOÁN TRỰC TIẾP CHI PHÍ KCB BHYT**

Kính gửi: BHXH.....

Họ và tên người đề nghị: ..... Số CMTND: .....

Quan hệ với người bệnh: ..... Giấy uỷ quyền (hoặc xác nhận) của.....

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

Địa chỉ: ..... Số điện thoại: .....

Mã thẻ BHYT:

Mã đối tượng:

Thời hạn sử dụng:            từ:     /     /            đến     /     /

Nơi đăng ký KCB ban đầu: .....

Khám chữa bệnh:

Nội trú:

Ngoại trú:

Tại cơ sở KCB: .....

Chẩn đoán: .....

Đề nghị được thanh toán trực tiếp chi phí KCB BHYT tại:.....

Số tiền đề nghị thanh toán: ..... VNĐ

Bằng chữ:.....

Lý do chưa được hưởng quyền lợi tại cơ sở KCB:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Chứng từ kèm theo:

1 .....

- 2 .....
- 3 .....
- 4 .....
- 5 .....

....., ngày .... tháng .... năm .....

**Người đề nghị**  
(Ký, họ tên)