**Mẫu số 10**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ĐỀ NGHỊ THANH TOÁN TRỰC TIẾP**

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội.………..……

Họ và tên người bệnh: ………………… Giới tính……………

Sinh ngày: ……./…./…….

Địa chỉ: …………………………………… Số điện thoại ………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mã thẻ bảo hiểm y tế |  |  |  |  |  |  | giá trị: từ ……./…./….. đến ……../…./……. |

Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu:

Nơi khám chữa bệnh:

Hình thức khám chữa bệnh (nội trú, ngoại trú):

Chẩn đoán:

Số tiền đề nghị thanh toán:

Bằng chữ:

Hình thức nhận thanh toán: Tiền mặt ⬜ Chuyển khoản ⬜

Tài khoản số:

Chủ tài khoản:

Mối quan hệ với người đề nghị thanh toán trực tiếp

Tại ngân hàng:

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

Chứng từ kèm theo gồm:

1 ………………..…………………...……2………………………………………

3 …………………………………...……4………………………………………

5 ………………………...………………6..….…………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **NGƯỜI TIẾP NHẬN HỒ SƠ** *(Ký, họ tên)* | *…….., ngày …. tháng ……năm …….* **NGƯỜI ĐỀ NGHỊ**  *(Ký, họ tên)* |