

Liên 01: Giao người lao động

.....  
Số:...../KCB

LOẠI GCN2  
Số seri: .....

**GIẤY CHỨNG NHẬN  
NGHĨ VIỆC HƯỞNG BẢO HIỂM XÃ HỘI**  
(chỉ áp dụng cho điều trị ngoại trú)

**I. Thông tin người bệnh**

Họ và tên: ..... ngày sinh: ..... / ..... / .....

Số thẻ BHYT: ..... ; Giới tính: .....

Đơn vị làm việc: .....

**II. Chẩn đoán**

Số ngày nghỉ: .....  
(Từ ngày ..... đến ngày .....

**III. Thông tin cha, mẹ (chỉ áp dụng đối với trường hợp người bệnh là trẻ em dưới 7 tuổi)**

- Họ và tên cha: .....  
- Họ và tên mẹ: .....

Xác nhận chữ ký của y, bác sỹ  
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)



*Y Phạm B. Hà*

Ngày...tháng...năm...  
Y, bác sỹ KCB  
(Ký, ghi rõ họ tên)

*Phạm B. Hà*

*Y Phạm B. Hà*