|  |  |
| --- | --- |
| **Tên cơ sở khám, chữa bệnh:…………...........** **Mã số ………………**  | *Mẫu số: C79a – HD**(Ban hành theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC ngày 23/10/2012 của Bộ Tài chính)* |

**DANH SÁCH NGƯỜI BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ KHÁM CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ ĐỀ NGHỊ THANH TOÁN**

*Tháng ........... Quý ............. Năm ...........*

 (Gửi cùng với file dữ liệu hàng tháng) Đơn vị: đồng

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| STT | Họ và tên | Năm sinh | Mã thẻ BHYT | Mã ĐKBĐ | Mã bệnh | Ngày khám | TỔNG CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH BHYT | Người bệnh chi trả | Chi phí đề nghị BHXH thanh toán |
| Tổng cộng | Không áp dụng tỷ lệ thanh toán | thanh toán theo tỷ lệ | Tiền khám | Vận chuyển | Tổng cộng | Trong đó chi phí ngoài quỹ định suất |
| Nam | Nữ | Xét nghiệm | CĐHA TDCN | Thuốc | Máu | TTPT | VTYT | DVKT | Thuốc | VTYT |
| A | B | C | D | E | G | H | I | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) |
| **A** | **BỆNH NHÂN NỘI TỈNH KHÁM, CHỮA BỆNH BAN ĐẦU**   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| … |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **B** | **BỆNH NHÂN NỘI TỈNH ĐẾN** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| … |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **C** | **BỆNH NHÂN NGOẠI TỈNH ĐẾN** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| … |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  | **Tổng cộng AXBXC**  |  x | x  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

   Số tiền đề nghị thanh toán (viết bằng chữ)....................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Người lập biểu***(Ký, họ tên)* |  **Trưởng phòng KHTH***(Ký, họ tên)* | **Kế toán trưởng***(Ký, họ tên)* | *........, ngày ....... tháng ......... năm.....***Thủ trưởng đơn vị***(Ký, họ tên, đóng dấu)* |