

PHIẾU YÊU CẦU GIÁM ĐỊNH THANH TOÁN TRỰC TIẾP

Kính gửi:[tên cơ quan BHXH nơi tổ chức giám định].....

BHXH

Đề nghị giám định trường hợp người bệnh....., năm sinh.....giới tính:...

Địa chỉ:.....

* Nội dung yêu cầu giám định:.....

* Tổng hợp thông tin khám bệnh, chữa bệnh (*mỗi mã thẻ BHYT thống kê phân thông tin KBCB tương ứng*)

Mã thẻ BHYT

--	--	--	--	--	--

 giá trị: từ...../...../.....

Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu:.....

TT	Tên cơ sở KCB	Mã cơ sở KCB	Tuyến KCB	Loại KCB	Từ ngày	Đến ngày	Chẩn đoán	Mã bệnh	Tổng số tiền đề nghị giám định	Lý do chưa được hưởng BHYT
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1	Bệnh viện...									
2	Bệnh viện...									

Bản sao chứng từ gửi kèm:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Đề nghị gửi lại kết quả giám định trước ngàytháng.....năm

....., ngày tháng năm

Giám đốc
(Ký, họ tên, đóng dấu)

