

PHỤ LỤC

(Kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2025 của Chính phủ)

STT	Số thứ tự mẫu	Tên mẫu
1	Mẫu số 1	Bảng tổng hợp đối tượng và kinh phí do ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế
2	Mẫu số 2	Tờ khai tham gia, điều chỉnh thông tin bảo hiểm y tế.
3	Mẫu số 3	Danh sách đối tượng tham gia bảo hiểm y tế
4	Mẫu số 4	Danh sách thành viên hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế
5	Mẫu số 5	Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế
6	Mẫu số 6	Biên bản thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế
7	Mẫu số 7	Văn bản đề nghị ký hợp đồng, phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế
8	Mẫu số 8	Bảng kê danh mục thiết bị phần cứng, phần mềm bảo đảm việc kết nối liên thông để trích chuyển dữ liệu điện tử trong thanh toán bảo hiểm y tế
9	Mẫu số 9	Phiếu chuyển dịch vụ cận lâm sàng
10	Mẫu số 10	Giấy đề nghị thanh toán trực tiếp
11	Mẫu số 11	Phiếu xác nhận tình trạng thiếu thuốc, thiết bị y tế
12	Mẫu số 12	Danh sách tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Mẫu số 1

BẢO HIỂM XÃ HỘI.....

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

**BẢNG TỔNG HỢP ĐỐI TƯỢNG VÀ KINH PHÍ DO NGÂN SÁCH NHÀ NƯỚC ĐÓNG,
HỖ TRỢ MỨC ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ**

Quý ... Năm ...

(Đơn vị tính: Thẻ; Đồng)

Số thứ tự	Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế được ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ mức đóng	Số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành	Số tiền đóng bảo hiểm y tế tính theo mức đóng quy định	Số tiền do người tham gia đóng	Số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ	Số tiền, Bộ Tài chính, Sở Tài chính, Nội vụ, Y tế đã chuyển	Số tiền Bộ Tài chính, Sở Tài chính, Nội vụ, Y tế chưa chuyển
A	B	1	2	3	4=2-3	5	6=4-5
	Tổng số						
1	Trẻ em dưới 6 tuổi						
2	Người thuộc hộ gia đình nghèo						
3	Người thuộc hộ gia đình cận nghèo						
	- Đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức đóng						
	- Đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ ...% mức đóng						
4	Học sinh, sinh viên						
5	Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình						
6							

NGƯỜI LẬP BIỂU
(Ký, ghi rõ họ và tên)

PHỤ TRÁCH KẾ TOÁN
(Ký, ghi rõ họ và tên)

... ngày.... tháng...năm...
GIÁM ĐỐC
(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

HƯỚNG DẪN LẬP MẪU SỐ 1

Bảng tổng hợp đối tượng và kinh phí do ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ mức đóng bảo hiểm y tế

1. Mục đích: tổng hợp số đối tượng tham gia và số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế.

2. Trách nhiệm lập: cơ quan Bảo hiểm xã hội.

3. Thời gian lập: hằng quý.

4. Phương pháp lập:

a) Chỉ tiêu theo cột:

- Cột A: ghi số thứ tự từ nhỏ đến lớn theo từng nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế được ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ mức đóng.

- Cột B: ghi tên nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế được ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ mức đóng.

- Cột 1: ghi số lượng thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành.

- Cột 2: ghi số tiền đóng bảo hiểm y tế tính theo mức đóng quy định.

- Cột 3: ghi số tiền do người tham gia bảo hiểm y tế đóng.

- Cột 4: ghi số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng (=cột 2 - cột 3).

- Cột 5: ghi số tiền Bộ Tài chính, Sở Tài chính, Nội vụ, Y tế đã chuyển.

- Cột 6: ghi số tiền Bộ Tài chính, Sở Tài chính, Nội vụ, Y tế chưa chuyển (= cột 4 - cột 5).

b) Chỉ tiêu theo hàng: ghi theo thứ tự theo từng nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế được ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ mức đóng.

Mẫu số 2

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

TỜ KHAI
THAM GIA, ĐIỀU CHỈNH THÔNG TIN BẢO HIỂM Y TẾ
Mã số bảo hiểm y tế:.....

I. Đăng ký tham gia bảo hiểm y tế lần đầu

[01]. Họ và tên (*viết chữ in hoa*):[02]. Giới tính:
 [03]. Ngày, tháng, năm sinh://..... [04]. Dân tộc:
 [05]. Quốc tịch: [06]. Số CCCD/ĐDCN/Hộ chiếu:
 [07]. Điện thoại: [08]. Email (nếu có):
 [09]. Nơi đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu:
 [10]. Đăng ký nhận kết quả giải quyết thủ tục hành chính:
 [10.1]. Nhận thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử: - VssID ☐ - Email ☐
 [10.2]. Nhận thẻ bảo hiểm y tế bản giấy, địa chỉ: ☐
 [10.2a]. Số nhà, đường/phố, thôn/xóm:
 [10.2b]. Xã, phường, đặc khu: [10.2c]. Tỉnh, thành phố:

II. Điều chỉnh thông tin ghi trên thẻ bảo hiểm y tế

[11]. Nội dung đề nghị điều chỉnh:

 [12]. Hồ sơ kèm theo (nếu có):

XÁC NHẬN CỦA ĐƠN VỊ

.....

..., ngày... tháng... năm...
NGƯỜI KÊ KHAI

.....

Ghi chú:

- Người tham gia tra cứu mã số bảo hiểm y tế tại địa chỉ: <https://baohiemxahoi.gov.vn>

- Trường hợp triển khai tờ khai điện tử:

+ Các trường thông tin đã được kết nối với Cơ sở dữ liệu Quốc gia về dân cư, Cơ sở dữ liệu Quốc gia về cư trú, Cơ sở dữ liệu Quốc gia về bảo hiểm, các cơ sở dữ liệu khác, ... trên Cổng dịch vụ công Quốc gia thì thông tin được tự động điền vào tờ khai điện tử. Cá nhân chỉ điền thông tin chưa có trong cơ sở dữ liệu.

+ Trường hợp người kê khai sử dụng Tài khoản định danh điện tử (VneID) mức độ 2 để đăng nhập vào Cổng dịch vụ công Quốc gia để giải quyết các thủ tục trên môi trường điện tử thì không phải ký tên vào tờ khai.

HƯỚNG DẪN LẬP MẪU SỐ 2

Tờ khai tham gia, điều chỉnh thông tin bảo hiểm y tế

1. Mục đích: người tham gia bảo hiểm y tế lần đầu kê khai đầy đủ thông tin khi tra cứu không thấy mã số bảo hiểm y tế hoặc người tham gia đề nghị điều chỉnh thông tin đã ghi trên thẻ bảo hiểm y tế (thông tin về nhân thân, nơi đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu,...).

2. Trách nhiệm lập: Người tham gia.

3. Thời gian lập: Khi người tham gia đăng ký tham gia bảo hiểm y tế lần đầu hoặc đề nghị điều chỉnh thông tin đã ghi trên thẻ bảo hiểm y tế.

4. Phương pháp lập:

Người tham gia tra cứu mã số bảo hiểm xã hội tại địa chỉ: <https://baohiemxahoi.gov.vn>

4.1. Trường hợp người tham gia đăng ký tham gia bảo hiểm y tế lần đầu: kê khai mục I:

a) Đối với trường hợp người tham gia kê khai bản giấy:

[01]. Họ và tên: ghi đầy đủ họ, chữ đệm và tên bằng chữ in hoa có dấu của người tham gia.

[02]. Giới tính: ghi giới tính của người tham gia (nếu là nam thì ghi từ "nam" hoặc nếu là nữ thì ghi từ "nữ").

[03]. Ngày, tháng, năm sinh: ghi đầy đủ ngày, tháng, năm sinh như trong giấy khai sinh hoặc căn cước công dân/định danh cá nhân hoặc hộ chiếu (đối với người mang quốc tịch nước ngoài).

[04]. Dân tộc: ghi dân tộc của người tham gia như trong giấy khai sinh; đối với người mang quốc tịch nước ngoài để trống.

[05]. Quốc tịch: ghi quốc tịch của người tham gia như trong giấy khai sinh hoặc căn cước công dân/định danh cá nhân hoặc hộ chiếu (đối với người mang quốc tịch nước ngoài).

[06]. Số căn cước công dân/định danh cá nhân/Hộ chiếu: ghi căn cước công dân/định danh cá nhân hoặc hộ chiếu của người tham gia được cơ quan có thẩm quyền cấp (bao gồm cả trẻ em dưới 6 tuổi được cấp số định danh cá nhân).

[07]. Điện thoại: ghi số điện thoại của người tham gia hoặc số điện thoại để liên hệ với người tham gia.

[08]. Email: ghi địa chỉ thư điện tử của người tham gia hoặc địa chỉ thư điện tử để liên hệ với người tham gia (nếu có).

[09]. Nơi đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu (áp dụng đối với người tham gia bảo hiểm y tế lần đầu): ghi nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu do người tham gia lựa chọn theo hướng dẫn của cơ quan bảo hiểm xã hội.

[10]. Đăng ký nhận kết quả giải quyết thủ tục hành chính.

Trường hợp đăng ký phương thức nhận kết quả giải quyết thủ tục hành chính bản điện tử: lựa chọn nhận kết quả thông qua VssID hoặc Email.

Trường hợp đăng ký phương thức nhận kết quả giải quyết thủ tục hành chính bản giấy: ghi cụ thể, đầy đủ địa chỉ nơi đang sinh sống (số nhà, đường/phố, thôn/xóm; xã/phường/đặc khu; tỉnh/thành phố trực thuộc Trung ương) để cơ quan bảo hiểm xã hội gửi thẻ bảo hiểm y tế hoặc kết quả giải quyết thủ tục hành chính khác.

b) Đối với trường hợp kê khai trên Cổng dịch vụ công Quốc gia thì người tham gia chỉ kê khai từ mục [06] đến mục [10]; từ mục [01] đến mục [05] thì hệ thống tự động điền thông tin đã được kết nối với Cơ sở dữ liệu Quốc gia về dân cư, Cơ sở dữ liệu Quốc gia về cư trú, Cơ sở dữ liệu Quốc gia về bảo hiểm,...

4.2. Trường hợp người tham gia đề nghị điều chỉnh thông tin đã ghi trên thẻ bảo hiểm y tế; kê khai mục II (Điều chỉnh thông tin ghi trên thẻ bảo hiểm y tế) như sau:

[11]. Nội dung đề nghị điều chỉnh: người tham gia ghi rõ nội dung đề nghị điều chỉnh thông tin đã ghi trên thẻ bảo hiểm y tế như điều chỉnh thông tin nhân thân (họ tên, ngày tháng năm sinh, số căn cước công dân/định danh cá nhân/Hộ chiếu,...), cấp lại thẻ bảo hiểm y tế, điện thoại, email,...

[12]. Hồ sơ kèm theo (nếu có): ghi tên các giấy tờ chứng minh.

Mẫu số 3

ĐƠN VI.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Mã đơn vị:.....
Mã số thuế:
Địa chỉ:

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

DANH SÁCH ĐỐI TƯỢNG THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ

Số: /.....; ngày ... tháng ... năm ...

STT	Họ và tên	Mã số bảo hiểm y tế	Số căn cước công dân/ Định danh cá nhân	Nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu	Mức đóng					Tháng tham gia	Tỷ lệ ngân sách nhà nước hỗ trợ (%)	Loại thẻ bảo hiểm y tế		Ghi chú
					Tiền lương	Phụ cấp			Các khoản phụ cấp lương và thu nhập bổ sung			Bản điện tử	Bản giấy	
						Chức vụ	Thâm niên vượt khung (%)	Thâm niên nghề (%)						
A	B	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(1)														
(2)														

Đối với người tham gia bảo hiểm y tế lần đầu: kèm Mẫu số 2.

ĐẠI DIỆN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ LẬP DANH SÁCH
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

HƯỚNG DẪN LẬP MẪU SỐ 3

Danh sách đối tượng tham gia bảo hiểm y tế

- Mục đích: để kê khai các thông tin của người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký tham gia, điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, cấp thẻ bảo hiểm y tế.
- Trách nhiệm lập: cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp, Ủy ban nhân dân cấp xã, hoặc tổ chức dịch vụ thu/Cơ sở giáo dục hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội quản lý người tham gia bảo hiểm y tế.

3. Thời gian lập: lập khi đơn vị bắt đầu tham gia đóng bảo hiểm y tế và khi có biến động (tăng, giảm) về người tham gia, số tiền đóng bảo hiểm y tế.

4. Căn cứ lập: Tờ khai tham gia, điều chỉnh thông tin bảo hiểm y tế (Mẫu số 2), biến động về mức đóng và các hồ sơ, giấy tờ có liên quan.

5. Phương pháp lập:

a) Phần thông tin chung:

- Tên đơn vị: ghi đầy đủ tên cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp, Ủy ban nhân dân cấp xã, hoặc tổ chức dịch vụ thu/Cơ sở giáo dục.

- Mã đơn vị: ghi mã đơn vị do cơ quan bảo hiểm xã hội cấp.

- Mã số thuế: ghi mã số thuế do cơ quan thuế cấp.

- Địa chỉ: ghi địa chỉ nơi đóng trụ sở.

b) Chỉ tiêu theo cột:

- Cột A: ghi số thứ tự từ nhỏ đến lớn.

- Cột B: ghi rõ họ, tên của từng người tham gia.

- Cột 1: ghi mã số bảo hiểm y tế của từng người tham gia.

- Cột 2: ghi số căn cước công dân/định danh cá nhân của từng người tham gia.

- Cột 3: ghi nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu theo hướng dẫn của cơ quan bảo hiểm xã hội.

- Cột 4: ghi tiền lương được hưởng:

+ Đối với người lao động:

* Người lao động thực hiện chế độ tiền lương do Nhà nước quy định thì ghi bằng hệ số (bao gồm cả hệ số chênh lệch bảo lưu nếu có).

Ví dụ: Tiền lương ghi trong quyết định tuyển dụng hoặc hợp đồng làm việc là 2,34 thì ghi 2,34.

* Người lao động thực hiện chế độ tiền lương do chủ sử dụng lao động quyết định thì ghi mức lương theo công việc hoặc chức danh, bằng tiền đồng Việt Nam.

Ví dụ: mức lương của người lao động là 52.000.000 đồng thì ghi 52.000.000 đồng.

+ Đối với người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp thất nghiệp hằng tháng: ghi tiền lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp thất nghiệp.

+ Đối với người được ngân sách nhà nước đóng, ngân sách nhà nước hỗ trợ, người được tổ chức bảo hiểm xã hội đóng theo mức lương cơ sở: ghi theo mức lương cơ sở.

+ Đối với người thuộc hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình: ghi mức đóng do người tham gia đóng theo thứ tự giảm dần mức đóng.

Ví dụ: Gia đình ông Nguyễn Văn B, bà C (vợ ông B), anh D (con ông B) tham gia bảo hiểm y tế từ ngày 01/01/2025 với thời gian 12 tháng, lương cơ sở là 2.340.000 đồng thì số tiền ghi tại cột 6 như sau:

Ông B là: 2.340.000 đồng; Bà C là: 1.638.000 đồng; Anh D là: 1.404.000 đồng.

- Các cột 5, 6, 7: Ghi phụ cấp chức vụ; phụ cấp thâm niên vượt khung, thâm niên nghề bằng tỷ lệ phần trăm (%) vào cột tương ứng, nếu không hưởng phụ cấp nào thì bỏ trống.

- Cột 8: Ghi phụ cấp lương và các khoản thu nhập bổ sung theo quy định của pháp luật lao động (nếu có).

- Cột 9: ghi tháng năm bắt đầu tham gia.

- Cột 10: đối với đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ, tham gia bảo hiểm y tế nhóm tự đóng bảo hiểm y tế (nếu có) ghi tỷ lệ % ngân sách nhà nước hỗ trợ (bao gồm cả ngân sách nhà nước địa phương hỗ trợ thêm); các đối tượng khác để trống.

- Cột 11, 12: người tham gia đăng ký nhận thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử hoặc bản giấy thì đánh dấu X vào cột tương ứng.

- Cột 13: ghi chú.

Đối với người lao động: ghi số; ngày, tháng, năm của hợp đồng lao động, hợp đồng làm việc (ghi rõ thời hạn hợp đồng lao động, hợp đồng làm việc từ ngày, tháng, năm đến ngày, tháng, năm) hoặc quyết định (tuyển dụng, tiếp nhận); tạm hoãn hợp đồng lao động, nghỉ việc không hưởng lương, ... Ghi rõ thời gian (từ ngày, tháng, năm đến ngày, tháng, năm) nghỉ ốm, đau, thai sản hưởng chế độ bảo hiểm xã hội; đối với người lao động khi bị mắc bệnh thuộc danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày đang trong thời gian nằm viện kèm theo giấy tờ chứng minh.

+ Đối với đối tượng được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế cao hơn (nếu có): ghi giấy tờ chứng minh như người có công, cựu chiến binh,...

+ Đối với người chỉ tham gia bảo hiểm y tế được ngân sách nhà nước hỗ trợ, tham gia bảo hiểm y tế nhóm tự đóng bảo hiểm y tế: ghi số tháng thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng tương ứng với số tiền đóng.

c) Chỉ tiêu theo hàng ngang:

- (1) Tăng:

+ Ghi thứ tự tăng người tham gia bảo hiểm y tế.

+ Ghi thứ tự tăng tiền lương.

- (2) Giảm:

+ Ghi thứ tự giảm người tham gia bảo hiểm y tế.

+ Ghi thứ tự giảm tiền lương.

Lưu ý: Trường hợp thay đổi nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu thì ghi cột B, cột 1, cột 3 và ghi nội dung thay đổi vào cột 12, các cột khác bỏ trống.

d) Sau khi hoàn tất việc kê khai, ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu.

Mẫu số 4

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

DANH SÁCH THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH
THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ

Họ và tên chủ hộ: Số điện thoại (nếu có):.....

Địa chỉ: Số nhà, đường/phố, thôn/xóm:

Xã, phường, đặc khu: Tỉnh, thành phố:

STT	Họ và tên	Mã số bảo hiểm y tế	Số CCCD/ ĐDCN	Ngày, tháng, năm sinh	Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu	Tiền lương	Quan hệ với chủ hộ	Tỷ lệ NSNN hỗ trợ (%)	Thẻ bảo hiểm y tế		Ghi chú
									Bản điện tử	Bản giấy	

<i>A</i>	<i>B</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
1											
2											
3											
....											

Tổng số người đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế:(Trong đó: thẻ bảo hiểm y tế bản giấy)

Tôi cam đoan những nội dung kê khai là đúng và chịu trách nhiệm trước pháp luật về những nội dung đã kê khai.

..., ngày... tháng... năm...

NGƯỜI KÊ KHAI

(Ký, ghi rõ họ tên)

Ghi chú:

- Người tham gia tra cứu mã số bảo hiểm y tế tại địa chỉ: **<https://baohiemxahoi.gov.vn>**.
- Danh sách thành viên Hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế phải được cập nhật đúng thông tin hộ gia đình trên Cơ sở dữ liệu Quốc gia về dân cư hoặc Cơ sở dữ liệu Quốc gia về cư trú hoặc thông tin cư trú trên tài khoản định danh điện tử (VneID).
- Trường hợp triển khai tờ khai điện tử:
 - + Các trường thông tin đã được kết nối với Cơ sở dữ liệu Quốc gia về dân cư, Cơ sở dữ liệu Quốc gia về cư trú, Cơ sở dữ liệu Quốc gia về bảo hiểm, các cơ sở dữ liệu khác, ... trên Cổng dịch vụ công Quốc gia thì thông tin được tự động điền vào tờ khai điện tử. Cá nhân chỉ điền thông tin chưa có trong cơ sở dữ liệu.
 - + Trường hợp người kê khai sử dụng tài khoản định danh điện tử (VneID) mức độ 2 để đăng nhập vào Cổng dịch vụ công Quốc gia để giải quyết các thủ tục trên môi trường điện tử thì không phải ký tên vào tờ khai.

HƯỚNG DẪN LẬP MẪU SỐ 4

Danh sách thành viên hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế

1. Mục đích: Kê khai đầy đủ, chính xác thông tin các thành viên trong hộ gia đình khi đăng ký tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình để giảm trừ mức đóng.

2. Trách nhiệm lập: đại diện thành viên hộ gia đình.

3. Thời gian lập: khi thành viên hộ gia đình cùng tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình trong năm tài chính để giảm trừ mức đóng.

4. Phương pháp lập:

a) Phần thông tin chung: ghi đầy đủ họ và tên chủ hộ; Điện thoại liên hệ; Địa chỉ hộ gia đình ghi theo nơi thường trú hoặc tạm trú.

b) Bảng thông tin thành viên hộ gia đình (đối với tham gia bảo hiểm y tế lần đầu thì kèm theo Mẫu số 2):

- Cột A: ghi số thứ tự từ 1 đến hết các thành viên trong hộ gia đình của người tham gia.

- Cột B: ghi đầy đủ họ, chữ đệm và tên của từng thành viên thuộc hộ gia đình (bao gồm cả chủ hộ gia đình).

- Cột 1: ghi mã số bảo hiểm y tế của từng người tham gia.

- Cột 2: ghi số CCCD/ĐDCN của từng thành viên hộ gia đình được cơ quan có thẩm quyền cấp.

- Cột 3: ghi đầy đủ ngày, tháng, năm sinh như trong giấy khai sinh hoặc căn cước công dân/định danh cá nhân của từng thành viên hộ gia đình.

- Cột 4: ghi nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu theo hướng dẫn của cơ quan bảo hiểm xã hội.

- Cột 5: ghi mức lương cơ sở.

- Cột 6: ghi mối quan hệ với chủ hộ (theo thông tin trên Cơ sở dữ liệu Quốc gia về cư trú hoặc cơ sở dữ liệu Quốc gia về dân cư hoặc ứng dụng VneID).

- Cột 7: ghi tỷ lệ ngân sách nhà nước hỗ trợ (nếu có).

- Cột 8, 9: người tham gia đăng ký nhận thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử hoặc bản giấy thì đánh dấu x vào cột tương ứng.

- Cột 10: ghi số tháng thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng tương ứng với số tiền đóng.

c) Sau khi hoàn tất việc kê khai: Người tham gia ghi nội dung: tự nguyện kê khai, cung cấp giấy tờ liên quan để đảm bảo chính xác thông tin và chịu trách nhiệm trước pháp luật về nội dung đã kê khai; Ký và ghi rõ họ tên.

Lưu ý: Trường hợp sáp nhập, chia tách địa giới hành chính thì ghi theo tên địa danh tại thời điểm kê khai.

Mẫu số 5

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

HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ NĂM ...

(Số: /HĐKCB-BHYT)⁽¹⁾

Căn cứ Bộ luật Dân sự ngày ... tháng ... năm ...;

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế ngày ... tháng ... năm ...;

Căn cứ Nghị định số .../20.../ND-CP ngày ... tháng ... năm ... quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế;

Căn cứ ... (ghi tên văn bản quy định chức năng nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh).....;

Căn cứ ... (ghi tên văn bản quy định chức năng nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng);

Hôm nay, ngày ... tháng ... năm ..., tại:, Chúng tôi gồm:

Bên A (Tên cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng):

Địa chỉ:

Địa chỉ thư điện tử:

Điện thoại:Fax:

Tài khoản số: Tại ngân hàng:

Đại diện là ông (bà):

Chức vụ: Giám đốc hoặc Phó Giám đốc (theo Giấy ủy quyền số: ngày ... tháng ... năm ...)⁽²⁾

Bên B: Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *hoặc* đơn vị ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh:

.....

Địa chỉ:

Địa chỉ thư điện tử:

Điện thoại:Fax:

Tài khoản số: Tại Kho bạc nhà nước *hoặc* Ngân hàng:

Đại diện là ông (bà):

Chức vụ: Ghi rõ chức vụ của người có thẩm quyền ký hợp đồng⁽³⁾/Người được ủy quyền (theo Giấy ủy quyền số: ngày ... tháng ... năm ...)⁽⁴⁾

Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Cấp chuyên môn kỹ thuật:

Điểm xếp Cấp/Tạm xếp cấp (nếu có):

Số giấy phép hoạt động:

Phạm vi chuyên môn:

Tổng số giường bệnh của cơ sở theo giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh (đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có điều trị nội trú):

Người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:
.....

Tên Trạm y tế xã, phường, đặc khu, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực (đối với trường hợp cấp có thẩm quyền phân công một đơn vị đại diện ký hợp đồng cho các cơ sở này):

Địa chỉ:

Địa chỉ thư điện tử: Điện thoại:

Đại diện là ông (bà):

Chức vụ: Trưởng hoặc Phó trưởng Trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực (theo Giấy ủy quyền số: ngày ... tháng ... năm...)⁽⁵⁾

NỘI DUNG HỢP ĐỒNG

Các bên cùng thống nhất ký kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo các điều khoản như sau:

Điều 1. Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh

1. Đối tượng phục vụ: Người tham gia bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của bên B.

Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu ghi dự kiến số lượng thẻ và cơ cấu nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế (theo phân bổ của Sở Y tế hoặc số lượng thẻ của năm trước liền kề).

2. Phạm vi cung ứng dịch vụ:

Ghi rõ các nội dung thống nhất về việc Bên B thực hiện cung ứng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo phạm vi hoạt động chuyên môn được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế, bao gồm: danh mục dịch vụ kỹ thuật; danh mục thuốc, thiết bị y tế được sử dụng tại cơ sở và các nội dung khác nếu có.

3. Phương thức thanh toán:

Ghi cụ thể các nội dung thống nhất theo quy định của pháp luật về phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 2. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán

Hai bên thống nhất các nội dung cụ thể để thực hiện việc tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trên cơ sở các quy định tại Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế, Nghị định này và các văn bản liên quan theo quy định của pháp luật.

Điều 3. Quyền và trách nhiệm của bên A

1. Quyền của bên A:

a) Thực hiện theo quy định tại Điều 40 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi bổ sung và các quy định tại Nghị định này;

b) Yêu cầu bên B cung cấp tài liệu để phục vụ công tác giám định bảo hiểm y tế và kiểm tra thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật;

c) Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng quy định của pháp luật;

d) Các quyền khác theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và khám bệnh, chữa bệnh và các nội dung cần thiết khác được thống nhất giữa hai bên (nếu có) phù hợp với quy định của pháp luật hiện hành.

2. Trách nhiệm của bên A:

- a) Thực hiện theo quy định tại Điều 41 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi bổ sung và các quy định tại Nghị định này;
- b) Thực hiện tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hàng quý cho bên B theo quy định tại Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế, Nghị định này và các văn bản pháp luật có liên quan; trường hợp hai bên chưa thống nhất về kết quả giám định, bên A vẫn thực hiện tạm ứng cho bên B theo quy định tại Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế;
- c) Không yêu cầu bên B kiểm tra lại thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế đối với những người bệnh tham gia bảo hiểm y tế đã được quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh qua năm tài chính;
- d) Không xuất toán hoặc thu hồi chi phí mà bên B đã sử dụng thực tế trong khám bệnh, chữa bệnh và đã được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thiện thủ tục thanh toán đối với trường hợp thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế sai hoặc trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện điều chỉnh thông tin thẻ bảo hiểm y tế sau thời điểm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã thực hiện tra cứu thông tin thẻ bảo hiểm y tế hoặc trong trường hợp người bệnh có thay đổi mức hưởng trong thời gian điều trị nội trú nhưng không cung cấp thông tin cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được biết;
- đ) Tuân thủ các quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện công tác giám định; chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết quả giám định, thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;
- e) Tiếp nhận, giám định và phản hồi kịp thời cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã xác thực và gửi đề nghị giám định trên cổng tiếp nhận dữ liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam; bảo đảm chính xác, an toàn, bảo mật thông tin và quyền lợi của các bên liên quan;
- g) Chủ động rà soát, phát hiện và gửi thông tin cảnh báo kịp thời cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế về các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tăng cao so với mức chi phí bình quân của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật, cùng loại hình cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đa khoa hoặc chuyên khoa trên địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương hoặc toàn quốc;
- h) Các quy định khác của pháp luật có liên quan đến việc thực hiện hợp đồng.

Điều 4. Quyền và trách nhiệm của bên B

1. Quyền của bên B:

- a) Thực hiện theo quy định tại Điều 42 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi bổ sung và các quy định tại Nghị định này;

b) Các quyền khác theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và khám bệnh, chữa bệnh và các nội dung cần thiết khác được thống nhất giữa hai bên (nếu có) phù hợp với quy định của pháp luật hiện hành.

2. Trách nhiệm của bên B:

a) Thực hiện theo quy định tại Điều 43 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi bổ sung và các quy định tại Nghị định này;

b) Chỉ định sử dụng thuốc, hóa chất, thiết bị y tế, dịch vụ y tế bảo đảm an toàn, hiệu quả; phòng chống lãng phí, vi phạm pháp luật;

c) Cung cấp cho bên A các tài liệu để phục vụ công tác giám định bảo hiểm y tế và kiểm tra thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật;

d) Chịu trách nhiệm trước pháp luật về các hành vi vi phạm của bên B trong thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.

Điều 5. Thời hạn thực hiện hợp đồng

Hợp đồng này có hiệu lực ... năm kể từ ngày ký hợp đồng. (Từ ngày .../.../... tới ngày .../.../...)

Điều 6. Phương thức giải quyết tranh chấp Hợp đồng

1. Nếu có bất kỳ vướng mắc, tranh chấp nào liên quan đến việc thực hiện hợp đồng, hai bên sẽ cùng nhau bàn bạc và giải quyết trên nguyên tắc tuân thủ pháp luật, quyền và lợi ích hợp pháp của các bên và của người bệnh có tham gia bảo hiểm y tế và tinh thần hợp tác, tự thỏa thuận, hòa giải.

2. Nếu tranh chấp không thể giải quyết được thì một trong hai bên có quyền khởi kiện tại Tòa án theo quy định tại Điều 48 của Luật Bảo hiểm y tế. Quyết định của Tòa án là quyết định cuối cùng để hai bên thực hiện.

3. Trong thời gian tranh chấp, hai bên vẫn phải bảo đảm không làm gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.

4. Trường hợp có thay đổi, tạm dừng, chấm dứt hợp đồng thì thực hiện theo quy định của Nghị định này.

Điều 7. Cam kết chung

1. Hai bên cam kết thực hiện đúng các điều khoản thỏa thuận trong hợp đồng và các quy định của pháp luật.

2. Các thông báo và thỏa thuận được thực hiện bằng văn bản gửi qua bưu điện hoặc thư điện tử theo địa chỉ nêu trong Hợp đồng này.

3. Hai bên thống nhất tuân thủ các quy định và phối hợp trong việc ứng dụng công nghệ thông tin để tạo thuận lợi trong giám định và thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
4. Các bên không được cung cấp hoặc đưa thông tin làm ảnh hưởng đến uy tín và quyền lợi của các bên, ảnh hưởng đến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.
5. Khi thực hiện công tác kiểm tra thực hiện hợp đồng, bên A phải thông báo cho bên B trước về thời gian, nội dung kiểm tra theo các quy định tại Nghị định này.
6. Các thỏa thuận khác (nếu có) phải được hai bên ghi nhận thành các Phụ lục của Hợp đồng này, nhưng không trái quy định của pháp luật.

Hợp đồng này được lập thành 04 (bốn) bản có giá trị như nhau, mỗi bên giữ 02 (hai) bản.

ĐẠI DIỆN BÊN A
(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)

ĐẠI DIỆN BÊN B
(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)

Ghi chú:

(1): Số hợp đồng được đánh theo số thứ tự hợp đồng trong một năm, bắt đầu từ số 01 vào ngày đầu năm và kết thúc vào ngày 31 tháng 12 năm kết thúc hợp đồng.

(3): Người có thẩm quyền ký hợp đồng theo quy định tại khoản 8 Điều 23 Nghị định này.

(2), (4), (5): Ghi trong trường hợp người đứng đầu cơ sở ủy quyền cho người khác ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Mẫu số 6

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

BIÊN BẢN THANH LÝ HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

(Số:/BBTL-...)⁽¹⁾

Căn cứ Bộ luật Dân sự ngày ... tháng ... năm ...;

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế ngày ... tháng ... năm ...;

Căn cứ Nghị định số .../20.../NĐ-CP ngày ... tháng ... quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế;

Căn cứ ... (ghi tên văn bản quy định chức năng nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh).....;

Căn cứ ... (ghi tên văn bản quy định chức năng nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng).....;

Căn cứ Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế số/HĐKCB-BHYT ký ngày ... tháng ... năm 20...;

Căn cứ khả năng và nhu cầu của hai bên;

Hôm nay, ngày ... tháng ... năm ... tại, Chúng tôi gồm:

Bên A (Tên cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng):

Địa chỉ:

Địa chỉ thư điện tử:

Điện thoại:Fax:

Tài khoản số: Tại ngân hàng.....

Đại diện là ông (bà):

Chức vụ: Giám đốc hoặc Phó Giám đốc (theo Giấy ủy quyền số:ngày ... tháng ... năm ...)⁽²⁾

Bên B: Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn vị ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh:

Địa chỉ:

Địa chỉ thư điện tử:

Điện thoại: Fax:

Tài khoản số: Tại Kho bạc nhà nước *hoặc* Ngân hàng

Đại diện là ông (bà):

Chức vụ: Ghi rõ chức vụ của người có thẩm quyền ký hợp đồng⁽³⁾/Người được ủy quyền (theo Giấy ủy quyền số: ngày ... tháng ... năm ...)⁽⁴⁾

Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Cấp chuyên môn kỹ thuật:

Điểm xếp cấp/Tạm xếp cấp (nếu có):

Số giấy phép hoạt động:

Phạm vi chuyên môn:

Tổng số giường bệnh của cơ sở theo giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh (đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có điều trị nội trú):

Người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:
.....

Tên Trạm y tế xã, phường, đặc khu, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực (đối với trường hợp cấp có thẩm quyền phân công một đơn vị đại diện ký hợp đồng cho các cơ sở này):

Địa chỉ:

Địa chỉ thư điện tử: Điện thoại:

Đại diện là ông (bà):

Chức vụ: Trưởng hoặc Phó trưởng Trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực (theo Giấy ủy quyền số: ngày ... tháng ... năm...)⁽⁵⁾

Các bên cùng thống nhất thanh lý Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế số/HĐKCB-BHYT ký ngày ... tháng ... năm 20... theo các điều khoản như sau:

Điều 1. Thỏa thuận thanh lý Hợp đồng

1. Lý do thanh lý Hợp đồng

Ghi rõ các nội dung thống nhất lý do thanh lý hợp đồng theo quy định tại khoản 1 Điều 33 Nghị định này

2. Căn cứ vào tình hình thực hiện Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế số/HĐKCB-BHYT ký ngày ... tháng ... năm 20...

Các bên đồng ý ký kết vào Biên bản này để thanh lý Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế số/HĐKCB-BHYT ký ngày ... tháng ... năm 20...

Điều 2. Xác nhận việc thực hiện hợp đồng

- Hai bên thống nhất các nội dung của hợp đồng đã thực hiện: ghi cụ thể các nội dung.
- Bên A đã thực hiện giám định, tạm ứng và thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo đúng quy định.
- Các nội dung khác (nếu có).

Điều 3. Công nợ và nghĩa vụ thanh toán

- Tổng số tiền đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế mà bên B đã thực hiện theo Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế số...../HĐKCB-BHYT ký ngày ... tháng ... năm 20... đến thời điểm hai bên thống nhất kết thúc hiệu lực của hợp đồng:VNĐ.
- Tổng số tiền thống nhất quyết toán:VNĐ.
- Tổng số tiền đã thanh toán cho bên B: VNĐ.
- Số tiền còn lại (nếu có): ... VNĐ, sẽ được thanh toán trước ngày ... (theo thỏa thuận).
- Số chi phí chưa thống nhất quyết toán: ... VNĐ. Phương thức, thời hạn giải quyết:
- Các nội dung khác (nếu có).
- Sau khi hoàn tất nghĩa vụ tài chính, hai bên không còn công nợ liên quan đến hợp đồng này.

Điều 4. Chấm dứt hiệu lực hợp đồng

- Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế số/HĐKCB-BHYT ký ngày ... tháng ... năm 20... chính thức hết hiệu lực từ ngày ...
- Hai bên cam kết không có khiếu nại, tranh chấp liên quan đến hợp đồng sau khi thanh lý.

Điều 5. Cam kết của các bên

- Hai bên cam kết đã thực hiện đầy đủ quyền và nghĩa vụ theo hợp đồng.
- Biên bản Thanh lý Hợp đồng này được lập thành 04 (bốn) bản có giá trị như nhau, mỗi bên giữ 02 (hai) bản.

ĐẠI DIỆN BÊN A
(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)

ĐẠI DIỆN BÊN B
(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)

Ghi chú:

(1): Số biên bản thanh lý hợp đồng được đánh theo số thứ tự biên bản trong một năm, bắt đầu từ số 01 vào ngày đầu năm và kết thúc vào ngày 31 tháng 12 năm thực hiện thanh lý hợp đồng.

(3): Người có thẩm quyền ký hợp đồng, thanh lý hợp đồng.

(2), (4), (5): Ghi trong trường hợp người đứng đầu cơ sở ủy quyền cho người khác ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Mẫu số 7

**TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN
TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH,
CHỮA BỆNH/TÊN CƠ QUAN
BẢO HIỂM XÃ HỘI**

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

Số: .../...

^[1], ngày ... tháng ... năm ...

V/v đề nghị ký hợp đồng/phụ lục
hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh
bảo hiểm y tế

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội .../Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *hoặc* đơn vị đại diện ký hợp đồng
khám bệnh, chữa bệnh

Tên cơ sở đề nghị: Bảo hiểm xã hội .../Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *hoặc* đơn vị đại diện ký
hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh

Địa chỉ:^[2]

Điện thoại: Fax: Email (nếu có):

Số Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh số:^[3] ... Ngày cấp: ... Nơi cấp:
.....

Số hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đang thực hiện và số các phụ lục hợp đồng
của hợp đồng đã ký (nếu có):^[4].....

Trường hợp đề nghị: Ký hợp đồng/Ký Phụ lục hợp đồng^[5]:

Hồ sơ gửi kèm theo đơn này gồm các giấy tờ sau đây:^[6]

(1)

(2)

(3)

.....

Địa chỉ tra cứu trực tuyến các giấy tờ trong hồ sơ:

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và ký hợp đồng/ký phụ lục Hợp đồng của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế số/HĐKCB-BHYT ký ngày ... tháng ... năm 20...

ĐẠI DIỆN CƠ SỞ

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

^[1] Địa danh.

^[2] Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi trên GPHĐ/Địa chỉ cơ quan bảo hiểm xã hội.

^[3] Nội dung này dành riêng trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là đơn vị đề nghị.

^[4] Nội dung này dành riêng trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị ký bổ sung phụ lục hợp đồng.

^[5] Ghi cụ thể trường hợp ký hợp đồng, ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 23 và Điều 24 Nghị định này.

^[6] Liệt kê đầy đủ các giấy tờ, tài liệu nộp kèm theo đơn.

Mẫu số 8

TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN
TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH,
CHỮA BỆNH

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

..., ngày ... tháng ... năm ...

BẢNG KÊ DANH MỤC THIẾT BỊ PHẦN CỨNG, PHẦN MỀM BẢO ĐẢM VIỆC KẾT NỐI MẠNG THÔNG ĐỂ TRÍCH CHUYỂN DỮ LIỆU ĐIỆN TỬ TRONG THANH TOÁN BẢO HIỂM Y TẾ

I. THIẾT BỊ PHẦN CỨNG

TT	Tên thiết bị	Ký hiệu (MODEL)	Hãng sản xuất	Xuất xứ	Năm sản xuất	Thông tin cấu hình	Tình trạng sử dụng
1	Máy chủ (Server)						
2	Máy trạm (Workstation)						
3	Thiết bị lưu trữ						
4	Bộ lưu điện (Ups)						
5	Thiết bị mạng LAN						
6	Thiết bị mạng Internet						
7	Thiết bị khác						

II. PHẦN MỀM HỆ THỐNG THÔNG TIN BỆNH VIỆN (HIS)

TT	Nội dung	Thông tin
1	Tên phần mềm	
2	Thời điểm bắt đầu sử dụng	
3	Nhà cung cấp	
4	Nguồn gốc (Thuê/Mua/Tự phát triển)	
5	Tình trạng sử dụng	

ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
(Ký tên, đóng dấu)

CƠ QUAN CHỦ QUẢN
(BYT/SYT..)
TÊN CƠ SỞ khám bệnh, chữa
bệnh
Mã đơn vị⁽¹⁾

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

Mã người bệnh⁽²⁾

Vào sổ chuyển

DVCLS: ...

Số:/20.../PCDVCLS

PHIẾU CHUYỂN DỊCH VỤ CẬN LÂM SÀNG

Kính gửi:

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:trân trọng giới thiệu:

☐ Người bệnh:

☐ Mẫu bệnh phẩm:(Ghi cụ thể tên mẫu bệnh phẩm)

Lý do chuyển:

☐ Hỏng máy/thiết bị y tế

☐ Thiếu hóa chất, vật tư xét nghiệm

☐ Thiếu người thực hiện DVCLS

☐ Nguyên nhân khác: Ghi rõ nguyên nhân

Thông tin của người bệnh cụ thể như sau:

- Họ và tên người bệnh:

- Nam/Nữ: Năm sinh:

- Địa chỉ:
.....

- Dân tộc: Quốc tịch:

- Nghề nghiệp: Nơi làm việc:

- Số thẻ bảo hiểm y tế:
.....

- Thời hạn sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế đến ngày tháng.....năm.....

Hết thời hạn: ☐ Không xác định được thời hạn: ☐

- Nơi ĐK khám bệnh, chữa bệnh ban đầu:

- Ngày khám bệnh/Ngày vào viện:

- Mã loại hình khám bệnh, chữa bệnh:

- Khoa điều trị:

- Chẩn đoán xác định (cần ghi chẩn đoán)

- Bệnh kèm theo (nếu có):

- Dịch vụ cận lâm sàng được chuyển:

STT	Mã DV	TÊN DỊCH VỤ CẬN LÂM SÀNG	Hình thức đưa mẫu	
			Người bệnh đến lấy mẫu	Mẫu bệnh phẩm đã lấy từ cơ sở
1				
2				
3				
.....				

BÁC SĨ YÊU CẦU
(Ký và ghi rõ họ tên)

....., ngày ... tháng ... năm...
DUYỆT CHUYỂN DỊCH VỤ
(Ký và ghi rõ họ tên)

Ghi chú:

(1) Theo đúng mã đơn vị trên Hệ thống giám định bảo hiểm y tế;

(2) Là mã người bệnh tại cơ sở khám chữa bệnh chỉ định dịch vụ cận lâm sàng.

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)

Mẫu số 11

TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN
TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH,
CHỮA BỆNH

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

PHIẾU XÁC NHẬN TÌNH TRẠNG THIẾU THUỐC, THIẾT BỊ Y TẾ
(Cấp cho bệnh nhân để thực hiện thanh toán trực tiếp)

Họ tên người bệnh:

Tuổi: Nam/Nữ:

Địa chỉ:

Điện thoại:

Số thẻ bảo hiểm y tế:

Họ tên bác sĩ chỉ định:

Khoa/Phòng:

Tên hoạt chất:

Hàm lượng:

Đường dùng, dạng dùng:

Nhóm, loại thiết bị y tế:

Đơn vị tính:

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và chỉ định điều trị xác nhận về tình trạng thiếu thuốc, thiết bị y tế theo quy định tại Điều 58 và Điều 59 Nghị định số .../2025/NĐ-CP. Ghi cụ thể cho từng thuốc, thiết bị y tế như sau:

1. Thuốc thuộc Danh mục thuốc hiếm ban hành kèm theo Thông tư sốngày ... của Bộ trưởng Bộ Y tế (*ghi rõ có hay không và số thứ tự tại Thông tư*)

.....

.....

2. Thiết bị y tế thuộc loại C hoặc D, trừ thiết bị y tế chẩn đoán in vitro, thiết bị y tế đặc thù cá nhân, thiết bị y tế thuộc danh mục thiết bị y tế do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành được mua, bán như các hàng hóa thông thường theo quy định tại Nghị định số 98/2021/NĐ-CP ngày 08 tháng 11 năm 2021 của Chính phủ về quản lý trang thiết bị y tế được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 07/2023/NĐ-CP ngày 03 tháng 3 năm 2023 và Nghị định số 04/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Chính phủ (*ghi rõ có hay không, thuộc loại thiết bị y tế nào*)

.....

.....

3. Tại thời điểm kê đơn thuốc, chỉ định sử dụng thiết bị y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải bảo đảm các điều kiện theo quy định sau đây:

3.1. Không có thuốc, thiết bị y tế do đang trong quá trình lựa chọn nhà thầu theo kế hoạch lựa chọn nhà thầu đã được duyệt theo một trong các hình thức: Đấu thầu rộng rãi hoặc đấu thầu hạn chế hoặc chào hàng cạnh tranh hoặc mua sắm trực tiếp hoặc lựa chọn nhà thầu trong trường hợp đặc biệt nhưng chưa lựa chọn được nhà thầu hoặc chào giá trực tuyến hoặc mua sắm trực tuyến và đã thực hiện chỉ định thầu rút gọn theo quy định của pháp luật về đấu thầu nhưng không lựa chọn được nhà thầu (*ghi rõ trường hợp không có thuốc, thiết bị y tế*)

.....

.....

- Đối với thuốc: Không có thuốc thương mại nào chứa hoạt chất mà người bệnh được kê đơn hoặc cùng hoạt chất nhưng khác nồng độ hoặc hàm lượng hoặc dạng bào chế hoặc đường dùng và không thể thay thế để kê đơn cho người bệnh (*ghi rõ có hay không*)

.....

.....

- Đối với thiết bị y tế: Không có thiết bị y tế mà người bệnh được chỉ định sử dụng và không có thiết bị y tế để thay thế *(ghi rõ có hay không)*

.....

.....

3.2. Không thể chuyển người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thuộc một trong các trường hợp sau đây:

- Tình trạng sức khỏe, bệnh lý người bệnh được xác định không đủ điều kiện để chuyển *(mô tả tình trạng người bệnh)*

.....

.....

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đang khám và điều trị đang trong thời gian cách ly y tế theo quy định của pháp luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm *(ghi rõ đúng hay không)*

.....

.....

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đang khám và điều trị là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu *(ghi rõ đúng hay không)*

.....

.....

3.3. Không thể điều chuyển thuốc, thiết bị y tế giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật *(ghi rõ đúng hay không)*

.....

.....

3.4. Thuốc, thiết bị y tế được kê đơn, chỉ định sử dụng phù hợp với phạm vi chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *(ghi rõ đúng hay không)*

.....

.....

3.5. Thuốc, thiết bị y tế được kê đơn, chỉ định sử dụng thuộc phạm vi quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế (ghi rõ "thuộc" hay "không thuộc" và nêu rõ nội dung quy định tại văn bản nào)

.....

.....

3.6. Thuốc, thiết bị y tế được kê đơn, chỉ định sử dụng đã được tính trong cơ cấu giá của dịch vụ kỹ thuật (ghi thông tin chi tiết theo từng thuốc, thiết bị y tế):

☐ Ngoài cơ cấu giá dịch vụ kỹ thuật

☐ Trong cơ cấu giá dịch vụ kỹ thuật.

Trường hợp trong cơ cấu giá dịch vụ kỹ thuật, ghi rõ:

- Tên dịch vụ kỹ thuật: Mã dịch vụ kỹ thuật:.....

- Giá dịch vụ kỹ thuật:

....., ngày ... tháng ... năm ...
LÃNH ĐẠO KHOA DƯỢC/ BÁC SĨ KHÁM BỆNH/ ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KHÁM BỆNH,
VẬT TƯ ĐIỀU TRỊ CHỮA BỆNH
(Ký, ghi rõ họ tên) (Ký, ghi rõ họ tên) (Ký tên, đóng dấu)

Mẫu số 12

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM
BẢO HIỂM XÃ HỘI ...

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

DANH SÁCH THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ ĐĂNG KÝ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
BAN ĐẦU TẠI ... (Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)

STT	Nhóm đối tượng theo Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế	Số lượng	Ghi chú
1			
2			

3			
4			
5			
6			
....			

..., ngày ... tháng ... năm ...
ĐẠI DIỆN CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI
(Ký, họ và tên, đóng dấu)

Ghi chú: Danh sách theo mẫu này được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bằng file điện tử hoặc bản có ký tên đóng dấu của cơ quan bảo hiểm xã hội.