|  |
| --- |
| **Céng hoµ x· héi chñ nghÜa viÖt nam****§éc lËp - Tù do - H¹nh phóc** |

**ĐƠN XIN HỖ TRỢ TIỀN ĐI LẠI**

Kính gửi: - Ban giám đốc Trung tâm y tế huyện Quỳ Châu.

Họ và tên: ……………………………… …………………………………………..

Địa chỉ: Thôn, Bản ................................................................................................

Xã, Thị trấn...................................................... ,huyện Quỳ châu, Tỉnh Nghệ An.

Điện thoại liên lạc: ................................................... là người nhà của bệnh nhân:

Họ và tên bệnh nhân:......................................................................................................

Sinh năm: ........................................, Dân tộc: ...............................................................

Địa chỉ: Thôn, Bản .........................................................................................................

Xã, Thị trấn...................................................... ,huyện Quỳ châu, Tỉnh Nghệ An.

Số CMND (nếu có)....................................do..............................cấp ngày ...................

Số thẻ BHYT:..................................................., Số bệnh án:.........................................

Chẩn đoán bệnh: ............................................................................................................

Điều trị tại khoa: ..........................................................nay do …………………..

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

 Quỳ châu, ngày tháng năm 2019

 **NGƯỜI LÀM ĐƠN**