

Tên cơ quan đơn vị:.....  
 Mã đơn vị:.....  
 Số Điện thoại:.....

Mẫu 01D-HSB

**DANH SÁCH ĐỀ NGHỊ GIẢI QUYẾT HƯỞNG CHẾ ĐỘ, ỐM ĐAU, THAI SÁN,  
 DƯỠNG SỨC PHỤC HỒI SỨC KHỎE**

Đợt.....tháng.....năm.....  
 Số tài khoản:.....Mở tại:.....

**PHẦN 1: DANH SÁCH ĐỀ NGHỊ HƯỞNG CHẾ ĐỘ MỚI PHÁT SINH**

STT	Họ và tên	Mã số BHXH	Số ngày nghỉ thực tế nghỉ việc để tính hưởng trợ cấp			Mã hồ sơ	Thông tin về tài khoản nhận trợ cấp	Ghi chú
			Từ ngày	Đến ngày	Tổng số			
A	B	1	2	3	4	C	E	
A	CHẾ ĐỘ ỐM ĐAU							
I	Ốm thường							
I								
...								
II	Ốm dài ngày							
I								
...								
III	Con ốm							
I								
...								
B	CHẾ ĐỘ THAI SÁN							

















PHẦN 2: DANH SÁCH ĐỀ NGHỊ ĐIỀU CHỈNH SỐ ĐÃ ĐƯỢC GIẢI QUYẾT

STT	Họ và tên	Mã số BHXH (số số BHXH)	Đợt đã giải quyết	Lý do đề nghị điều chỉnh	Thông tin về tài khoản nhận trợ cấp	Ghi chú
A	B	1	2	3	C	D
A	CHẾ ĐỘ ỐM ĐAU					
I	Ốm thường					
I						
...						
II	...					
B	CHẾ ĐỘ ...					
...						
	<b>Cộng</b>					

\*Giải trình trong trường hợp nộp hồ sơ chậm:.....

..., ngày tháng năm

**Thủ trưởng đơn vị**

(Ký ghi rõ họ tên và đóng dấu hoặc ký số)