

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

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**  
**THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Kính gửi: Chủ tịch Ủy ban nhân dân .....(1)...

Họ và tên người đề nghị: .....(2) .....

Địa chỉ cư trú: ..... Số điện thoại:..... Hộp thư điện tử:.....

Số định danh cá nhân: .....

Số tài khoản: .....

(Trình bày tóm tắt lý do, thời gian, nơi khám bệnh, chữa bệnh):.....

.....

Tôi đề nghị được thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho ..(3)..

Số tiền đề nghị thanh toán là: .....đồng.

Bằng chữ .....

Gửi kèm theo Đơn này: Bản sao hóa đơn thu tiền; giấy ra viện.

Kính đề nghị cấp có thẩm quyền xem xét, giải quyết.

Tôi xin trân trọng cảm ơn!

**Xác nhận của Công an cấp xã về việc  
được phân công thực hiện nhiệm vụ  
hoặc được điều động, huy động thực  
hiện nhiệm vụ**

....(4).... ngày.... tháng.... năm

**NGƯỜI VIẾT ĐƠN (5)**

(Ký, ghi rõ họ tên)

(1) Ghi cụ thể tên Ủy ban nhân dân cấp huyện.

(2) (5) Họ và tên của người đề nghị được hưởng chế độ bị ốm đau, bị tai nạn, bị thương trực tiếp viết đơn hoặc người đại diện hợp pháp viết đơn phải ghi rõ quan hệ với người đề nghị được hưởng chế độ bị ốm đau, bị tai nạn, bị thương.

(3) Người được hưởng chế độ.

(4) Địa danh.