**Mẫu 02 - ĐN**

*(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 09/2015/TTLT/BCA-BYT-BTC ngày28/12/2015)*

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**CẤP LẠI HOẶC ĐỔI THẺ BẢO HIỂM Y TẾ**

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội ………………..……………

Họ và tên cán bộ, chiến sĩ: ………………………………………………………

Tên đơn vị công tác: ……………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………...

Đề nghị cấp lại (hoặc đổi thẻ) BHYT cho thân nhân dưới đây:

1. Họ và tên thân nhân: …………………………………………………………

2. Sinh ngày …. tháng …. năm …. 3. Giới tính: Nam Nữ

4. Nơi cư trú: ……………………………………………………………………

5. Mã thẻ BHYT đã được cấp: ………………………………………………….

6. Đăng ký nơi khám bệnh, chữa bệnh ban đầu: ………………………………..

……………………………………………………………………………………

7. Thời hạn sử dụng của thẻ BHYT đã được cấp:

Từ ngày …. tháng …. năm….. đến ngày …. tháng … năm ….

Lý do đề nghị cấp lại (hoặc đổi) thẻ BHYT:

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

Tôi xin cam đoan và chịu trách nhiệm trước pháp luật về nội dung kê khai trên, đề nghị Bảo hiểm xã hội ……. xem xét cấp lại (hoặc đổi) thẻ BHYT theo quy định./.

|  |  |
| --- | --- |
| *……….., ngày ….. tháng… năm 20…*  **Xác nhận của thủ trưởng cơ quan, đơn vị trực tiếp quản lý cán bộ, chiến sĩ**  *(ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)* | *……….., ngày …. tháng …. năm 20…*  **NGƯỜI ĐỀ NGHỊ**  *(ký, ghi rõ họ tên)* |