|  |  |
| --- | --- |
| Tên đơn vị: .……………………………  Mã đơn vị: .……………………………..  Địa chỉ: ....………………………………. | Mẫu D03-TS *(Ban hành kèm theo QĐ số: 595/QĐ-BHXH ngày 14/4/2017 của BHXH Việt Nam)* |

**DANH SÁCH NGƯỜI CHỈ THAM GIA BHYT   
Số: ………. tháng ……năm…………**

**Đối tượng tham gia Lương cơ sở…………….đồng**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Mã số BHXH** | **Ngày tháng năm sinh** | **Giới tính** | **Nơi đăng ký KCB ban đầu** | **Biên lai, ngày tham gia** | | **Tiền lương, trợ cấp hoặc số tiền đóng** | **Tỷ lệ NS hỗ trợ (%)** | **Thời hạn sử dụng thẻ** | | **Ghi chú** |
| **Số** | **Ngày** | **Số tháng** | **Từ ngày** |
| A | B | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | Tăng |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | Người tham gia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | Tiền lương |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Cộng tăng** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II | Giảm |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II.1 | Người tham gia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II.2 | Tiền lương |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Cộng giảm** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Tổng Số thẻ BHYT đề nghị cấp: …………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *….., ngày …. tháng … năm ………..* **UBND xã/Đại lý thu/nhà trường………...** *(ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* | *….., ngày …. tháng … năm ………..* **Cơ quan BHXH** *(ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* | *….., ngày …. tháng … năm ………..* **Cơ quan quản lý đối tượng** *(ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |