

## BẢNG KÊ CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH NỘI TRÚ

### I. HÀNH CHÍNH:

Họ và tên: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Nam, Nữ: \_\_\_\_\_  
 Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
 Có BHYT:  Số thẻ:  Ngày áp dụng: \_\_\_\_\_ Đến ngày: \_\_\_\_\_  
 Không có BHYT:   
 Cơ sở đăng ký KCB BHYT ban đầu: \_\_\_\_\_  
 Mã số của cơ sở đăng ký KCB ban đầu:   
 Ngày nhập viện: \_\_\_\_\_ Ngày ra viện: \_\_\_\_\_ Tổng số ngày điều trị: \_\_\_\_\_  
 Cấp cứu:  Đứng tuyến:  Nơi chuyển đến: ..... Trái tuyến:   
 Chẩn đoán khi ra viện: \_\_\_\_\_ Mã bệnh (ICD-10): \_\_\_\_\_

### II. CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH:

STT	Tên dịch vụ	ĐVT	Số lượng	Đơn giá	Thành tiền	Nguồn Thanh Toán			
						BHYT	Bệnh Nhân	Khác	
<b>A .CÁC CHI PHÍ BẢO HIỂM XÃ HỘI THANH TOÁN</b>									
<b>MỤC DỊCH VỤ - YÊU CẦU</b>									
<b>I TRỢ PHÍ - GIƯỜNG BỆNH</b>									
<b>II THUỐC</b>									
<b>III VẬT TƯ TIÊU HAO</b>									
<b>IV XÉT NGHIỆM</b>									
<b>Huyết học</b>									
<b>Sinh hoá</b>									
10									
<b>Tổng yêu cầu:</b>									

Nguồn khác:

Tổng cộng chi phí BHXH

Số tiền bệnh nhân cùng chi trả

Số tiền BHXH thanh toán:

**NGƯỜI LẬP BẢNG KÊ**

**XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI BỆNH**

Ngày ... tháng ... năm ...

**KẾ TOÁN**

*Ngày .... tháng .... năm .....*

**Giám định viên BHYT**

## BẢNG KÊ CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH NỘI TRÚ

### I. HÀNH CHÍNH:

Họ và tên: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Nam, Nữ: \_\_\_\_\_  
 Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
 Có BHYT:  Số thẻ:  Ngày áp dụng: \_\_\_\_\_ Đến ngày: \_\_\_\_\_  
 Không có BHYT:   
 Cơ sở đăng ký KCB BHYT ban đầu: \_\_\_\_\_  
 Mã số của cơ sở đăng ký KCB ban đầu:   
 Ngày nhập viện: \_\_\_\_\_ Ngày ra viện: \_\_\_\_\_ Tổng số ngày điều trị: \_\_\_\_\_  
 Cấp cứu:  Đứng tuyến:  Nơi chuyển đến:..... Trái tuyến:   
 Chẩn đoán khi ra viện: \_\_\_\_\_ Mã bệnh (ICD-10): \_\_\_\_\_

### II. CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH:

STT	Tên dịch vụ	ĐVT	Số lượng	Đơn giá	Thành tiền	Nguồn Thanh Toán		
						BHYT	Bệnh Nhân	Khác
<b>NHI</b>								
<b>B .CÁC CHI PHÍ BẢO HIỂM XÃ HỘI KHÔNG THANH TOÁN</b>								
<b>MỤC DỊCH VỤ - YÊU CẦU</b>								
<b>I</b>								
<b>II</b>								
<b>Tổng yêu cầu:</b>								

Nguồn khác:  
Tổng cộng chi phí tự nguyện  
Tổng chi phí bệnh nhân phải thanh toán:

**NGƯỜI LẬP BẢNG KÊ**

Ngày ... tháng ... năm ...  
**KẾ TOÁN**

**XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI BỆNH**

*Ngày .... tháng .... năm .....*

Tổng chi phí đã sử dụng  
Tổng số tiền đã thanh toán  
Tổng số ký quỹ  
Tổng số miễn giảm  
Số tiền bệnh nhân phải thanh toán  
(Số tiền bằng chữ):..... /.

**NGƯỜI LẬP BẢNG KÊ**

Ngày ... tháng ... năm ...  
**KẾ TOÁN**

**XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI BỆNH**

*Ngày .... tháng .... năm .....*