Tên cơ sở khám, chữa bệnh:…….....
Mã số ……

Mẫu số: C79a – HD
(Ban hành theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC ngày 23/10/2012 của Bộ Tài chính)

DANH SÁCH NGƯỜI BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ KHÁM CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ ĐỀ NGHỊ THANH TOÁN

Tháng ..... Quý ..... Năm .....

(Gửi cùng với file dữ liệu hàng tháng)

Đơn vị: đồng

STT	Họ và tên	Năm sinh		Mã thẻ BHYT	Mã ĐKBĐ	Mã bệnh	Ngày khám	TỔNG CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH BHYT												Người bệnh chi trả	Chi phí đề nghị BHXH thanh toán	
								Tổng cộng	Không áp dụng tỷ lệ thanh toán						thanh toán theo tỷ lệ			Tiền khám	Vận chuyển		Tổng cộng	Trong đó chi phí ngoài quỹ định suất
		Nam	Nữ						Xét nghiệm	CĐHA TDCN	Thuốc	Máu	TTPT	VTYT	DVKT	Thuốc	VTYT					
A	B	C	D	E	G	H	I	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
A	**BỆNH NHÂN NỘI TỈNH KHÁM, CHỮA BỆNH BAN ĐẦU**																					
1																						
2																						
…																						
B	**BỆNH NHÂN NỘI TỈNH ĐẾN**																					
1																						
2																						
…																						
C	**BỆNH NHÂN NGOẠI TỈNH ĐẾN**																					
1																						

2																						
…																						
	Tổng cộng AXBXC					x	x															

Số tiền đề nghị thanh toán (viết bằng chữ).....

Người lập biểu	**Trưởng phòng KHTH**	**Kế toán trưởng**	*....., ngày ..... tháng ..... năm.....*
(Ký, họ tên)	*(Ký, họ tên)*	*(Ký, họ tên)*	**Thủ trưởng đơn vị**
			(Ký, họ tên, đóng dấu)