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

Mẫu số: C80a – 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 NỘI 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 vào	Ngày ra	Số ngày điều trị	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 giường	Vận chuyển		Tổng cộng	Trong đó ngoài quỹ định suất
		Nam	Nữ								Xét nghiệm	CĐHA TDCN	Thuốc	Máu	Thủ thuật Phẫu thuật	VTYT	DVKT	Thuốc	VTYT					
A	B	C	D	E	G	H	I	K	L	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
A	**BỆNH NHÂN NỘI TỈNH KCB 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	x	x	x															

Tổng số tiền đề nghị thanh toán (viết bằng chữ): .....

....., ngày ..... tháng ..... năm.....

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