

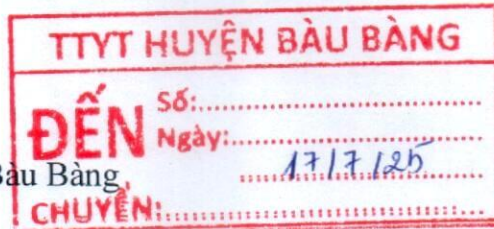
**BẢO HIỂM XÃ HỘI KHU VỰC XXVII
BẢO HIỂM XÃ HỘI HUYỆN DẦU TIẾNG**

Số: 97 /CV-BHXXH

V/v xác minh Giấy xác nhận nghỉ hưởng
chế độ BHXH của Ông Mai Dũng

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập-Tự do-Hạnh phúc**

Dầu Tiếng, ngày 14 tháng 7 năm 2025



Kính gửi: Trung tâm y tế huyện Bàu Bàng,

Thực hiện theo Công văn số 637/BHXXH-TTKT ngày 24/6/2025 của BHXH khu vực XXVII chuyển văn bản của Công ty TNHH MTV Cao su Dầu Tiếng về việc người lao động của đơn vị có dấu hiệu trục lợi BHXH (ông Mai Dũng là nhân viên bảo vệ lô Nông trường Cao su Thanh An, thuộc Công ty TNHH MTV Cao su Dầu Tiếng).

Để có cơ sở báo cáo BHXH khu vực XXVII về việc đề nghị xác minh dấu hiệu trục lợi BHXH của ông Mai Dũng, nguyên là Nhân viên bảo vệ lô Nông trường Cao su Thanh An thuộc Công ty TNHH MTV Cao su Dầu Tiếng. BHXH huyện Dầu Tiếng đề nghị Trung tâm y tế huyện Bàu Bàng cung cấp các nội dung sau:

- Giấy xác nhận nghỉ hưởng chế độ BHXH của ông Mai Dũng có phải do Trung tâm y tế huyện Bàu Bàng cấp hay không? (kèm Giấy chứng nhận nghỉ việc hưởng BHXH bằng photo)

- Ông Mai Dũng có thực tế đến Trung tâm y tế huyện Bàu Bàng khám chữa bệnh hay không? Nếu có cung cấp cụ thể thời gian vào và thời gian ra.

BHXXH huyện Dầu Tiếng rất mong sự phối hợp cung cấp thông tin của Trung tâm y tế huyện Bàu Bàng. Văn bản phản hồi gửi về BHXH huyện Dầu Tiếng trước ngày **16/7/2025**.

Trân trọng./.

Nơi nhận:

- Trung tâm y tế huyện Bàu Bàng;
- Lưu VT

GIÁM ĐỐC



Nguyễn Thị Ngọc Hòa

Trung Tâm Y Tế Huyện Bàu Bàng

Số: 11939/KCB

Mẫu số: GCN1

Số seri: 7420225000723

**GIẤY CHỨNG NHẬN
NGHỈ VIỆC HƯỜNG BẢO HIỂM XÃ HỘI**

(chỉ áp dụng cho điều trị ngoại trú)

I. Thông tin người bệnh

Họ và tên: MAI DŨNG

Ngày sinh: 22/06/1974

Mã số BHXH/Số thẻ BHYT: DN4749100004479

Giới tính: Nam

Đơn vị làm việc: Công Ty TNHH Một thành viên Cao su Dầu Tiếng

II. Chẩn đoán và phương pháp điều trị

I20: Con đau thắt ngực ổn định không được kiểm soát đầy đủ ; (K21) Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản

Số ngày nghỉ: 02 ngày

(Từ ngày 10/04/2025 đến hết ngày 11/04/2025)

III. Thông tin cha, mẹ (chỉ áp dụng đối với trường hợp người bệnh là trẻ em dưới 7 tuổi)

-Họ và tên cha:

-Họ và tên mẹ:

XÁC NHẬN CỦA

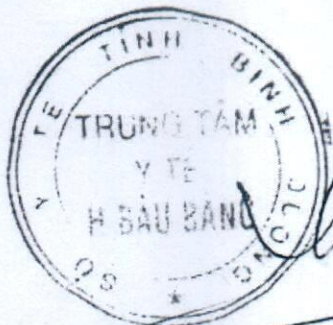
THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ

(Ký tên, đóng dấu)

Ngày 10 tháng 04 năm 2025

Người hành nghề KB,CB

(Ký, họ tên, trừ trường hợp sử dụng
chữ ký số)



BS. Nguyễn Thị Hằng

BS. Phạm Thanh Hằng

125