|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ TỈNH BÀ RỊA-VŨNG TÀU | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** |
| **BỆNH VIỆN PHỔI PHẠM HỮU CHÍ**  Số: / BVPPHC | **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc** |
|  | *Long Đất, ngày tháng năm 2025* |

**GIẤY ĐỀ NGHỊ HỖ TRỢ HOẶC MIỄN GIẢM VIỆN PHÍ**

(Đối với BN điều trị nội trú có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn)

Kính gửi: Ban giám đốc

Phòng Công tác xã hội

Phòng Tài chính kế toán

Họ và tên bệnh nhân:

Sinh năm:

Địa chỉ thường trú:

Chẩn đoán bệnh:

Ngày vào viện : Mã bệnh nhân:

Số thẻ BHYT(nếu có):

Thẻ hộ nghèo (nếu có):

Ý kiến của khoa điều trị:

1. Tóm tắt tình trạng bệnh :

2. Diễn biến và tiên lượng:

3. Dự kiến chi phí điều trị tối thiểu/số ngày điều trị/hướng điều trị chính:

Bệnh nhân có hoàn cảnh khó khăn đề nghị BGĐ phê duyệt miễn giảm viện phí.

Xin chân thành cảm ơn!

**PHÒNG CTXH KẾ TOÁN TP KẾ HOẠCH**  **GIÁM ĐỐC**