# BẢO HIỂM XÃ HỘI ......... CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

**Mẫu số 03H-HSB**

**BẢO HIỂM XÃ HỘI ..................... Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: ........... /QĐ-BHXH . . . *, ngày . . . tháng . . . năm . . . .*

**Mã số BHXH ……………...........**

###### **QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc hưởng trợ cấp bệnh nghề nghiệp**

**hàng tháng** **do bệnh tật tái phát**

###### **GIÁM ĐỐC BẢO HIỂM XÃ HỘI............**

###### 

Căn cứ Luật An toàn, vệ sinh lao động số 84/2015/QH13 (1);

Căn cứ Quyết định số . . . . ./QĐ-TCCB ngày . . . tháng . . . năm . . . của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam về việc thành lập Bảo hiểm xã hội . . . . . ;

Căn cứ Biên bản giám định khả năng lao động số: . . . . . ngày . . . . . tháng . . . năm . . . . . của Hội đồng giám định y khoa . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .;

Căn cứ hồ sơ hưởng trợ cấp bệnh nghề nghiệp của ông/bà ....................,

###### **QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Ông/Bà: .......................................Sinh ngày……tháng…..năm…….

Tên đơn vị sử dụng lao động: . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Bị bệnh nghề nghiệp ngày . . . . tháng . . . . . năm . . . . . với mức suy   
 giảm khả năng lao động là: ............ %

Nay bệnh tật tái phát, giám định lại mức suy giảm khả năng lao động là: …… %

Được hưởng trợ cấp bệnh nghề nghiệp hàng tháng do bệnh tật tái phát từ tháng….. năm …....

**Điều 2.** Mức trợ cấp được hưởng như sau:

a. Mức trợ cấp tính theo tỷ lệ suy giảm khả năng lao động: . . . . . . . . . . . .....đồng

b. Mức trợ cấp tính theo thời gian đóng bảo hiểm xã hội: . . . . . . . . . . . . . . đồng

c.Trợ cấp phục vụ (nếu có): . . . . . . . . . . . . . . đồng

Tổng số tiền trợ cấp hàng tháng (a+b+c):. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . đồng

(Số tiền bằng chữ: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .)

d. Mức phí giám định y khoa được hưởng: …............. đồng

e. Hình thức nhận trợ cấp (2): .............................................................................

**Điều 3.** Các ông, bà Trưởng phòng Chế độ bảo hiểm xã hội, Giám đốc Bảo hiểm xã hội huyện (3) . . . . . .và ông/bà có tên trên chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***  *-* Ông/Bà..............................;  - Lưu hồ sơ. | **GIÁM ĐỐC**  *(ký, đóng dấu)* |

***Ghi chú:***

- (1) Đối với trường hợp hưởng trước ngày 01/7/2016 thì thay bằng Luật Bảo hiểm xã hội số 58/2014/QH13.

- (2) Trường hợp nhận bằng tiền mặt thì ghi: “Bằng tiền mặt”, nếu nhận qua tài khoản thì ghi “Thông qua tài khoản, số tài khoản...., tên ngân hàng mở tài khoản...., chi nhánh ngân hàng mở tài khoản.....”.

- (3) Nếu BHXH huyện giải quyết thì thay cụm từ “Trưởng phòng Chế độ BHXH, Giám đốc BHXH huyện” bằng “Kế toán trưởng”.