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

**Mẫu số 03C-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**

**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 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ;

Theo đề nghị tại công văn số .... ngày .... tháng ..... năm ...... của . . . . . . . . . . . . . . . .và hồ sơ 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 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Tổng thời gian đóng bảo hiểm vào quỹ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp bắt buộc đến ngày……. /tháng...... /năm........ là....... năm..... tháng.

Mức tiền lương làm căn cứ tính trợ cấp bệnh nghề nghiệp:. . . . . . . . .đồng

Tỷ lệ suy giảm khả năng lao động:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . %

Được hưởng trợ cấp bệnh nghề nghiệp hàng tháng từ tháng ……….năm ………

**Điều 2.** Mức hưởng trợ cấp 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 người 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..............................;  - Đơn vị SDLĐ;  - Lưu hồ sơ (2 bản). | **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”;