|  |  |
| --- | --- |
| BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM  **BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH …**  Số: /BHXH-CĐBHXH  V/v chuyển trả hồ sơ đề nghị chi trả …(\*) | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**  *…, ngày … tháng … năm …* |

|  |
| --- |
| **Mẫu số 16-HSB** |

Kính gửi: Sở Lao động – Thương binh và Xã hội tỉnh …

Bảo hiểm xã hội (BHXH) tỉnh … nhận được danh sách đề nghị chi trả … (\*) kèm theo Quyết định số … ngày … của Sở Lao động – Thương binh và Xã hội tỉnh … về việc hỗ trợ kinh phí … (\*) . Sau khi xem xét, BHXH tỉnh … xin chuyển lại quý Sở hồ sơ nêu trên để kiểm tra lại việc giải quyết chi trả … (\*) đối với các trường hợp nêu tại danh sách đính kèm./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận***:  Như trên | **GIÁM ĐỐC**  *(Ký tên, đóng dấu)* |

***Ghi chú:***

***- (\*): Chi trả hỗ trợ chế độ nào thì ghi chế độ đó***

**DANH SÁCH KHÔNG ĐỦ ĐIỀU KIỆN GIẢI QUYẾT CHI TRẢ**

**(Kèm theo Công văn số … ngày … của BHXH tỉnh …)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Mã số BHXH** | **Ngày, tháng, năm sinh**  *(…/…/…)* | **Lý do** | **Ghi chú** |
| **A** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **A** | **Hỗ trợ đào tạo chuyển đổi nghề nghiệp** |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |
| **B** | **Hỗ trợ khám bệnh nghề nghiệp** |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |
| **C** | **Hỗ trợ chữa bệnh nghề nghiệp** |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |
| **D** | **Hỗ trợ phục hồi chức năng lao động** |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |
| **E** | **Hỗ trợ huấn luyện an toàn,**  **vệ sinh lao động** |  |  |  |  |
| **I** | **Nhóm 1** |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |
| **II** | **Nhóm II** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |

***Ghi chú:***

- Khi lập danh sách này phải phân loại chế độ phát sinh theo trình tự ghi trong danh sách, những nội dung không phát sinh chế độ thì không cần hiển thị.

- Cột 1, 2, 3 và 4: Ghi số thứ tự, họ và tên, mã số BHXH, ngày, tháng, năm sinh, lý do chưa giải quyết của người lao động không đủ điều kiện để giải quyết

- Cột 5: Ghi các nội dung cần lưu ý khác.