

Số: /TTYT-TCKT
V/v hướng dẫn trình tự, thủ tục, hồ
sơ thanh toán các chế độ hỗ trợ theo
Nghị quyết số 09/2024/NQ-HĐND
ngày 12/7/2024 của HĐND tỉnh

Hoài Nhơn, ngày tháng 9 năm 2024

Kính gửi: Các khoa, phòng, trạm y tế trực thuộc

Căn cứ Nghị quyết số 09/2024/NQ-HĐND ngày 12/7/2024 của HĐND tỉnh Quy định chính sách hỗ trợ trong khám bệnh, chữa bệnh cho người nghèo và một số đối tượng có hoàn cảnh khó khăn trên địa bàn tỉnh Bình Định (sau đây viết tắt là Nghị quyết số 09/2024/NQ-HĐND);

Căn cứ Công văn số 3512/SYT-KHTC ngày 06/9/2024 của Sở Y tế Bình Định về việc hướng dẫn trình tự, thủ tục, hồ sơ thanh toán các chế độ hỗ trợ theo Nghị quyết số 09/2024/NQ-HĐND ngày 12/7/2024 của HĐND tỉnh;

Trung tâm Y tế thị xã Hoài Nhơn hướng dẫn trình tự, thủ tục, hồ sơ thanh toán các chế độ hỗ trợ theo Nghị quyết số 09/2024/NQ-HĐND cụ thể như sau:

I. Hỗ trợ tiền ăn đối với người thuộc hộ nghèo và người dân tộc thiểu số (DTTS):

1. Đối với người thuộc hộ nghèo có 2 ký tự đầu của mã thẻ BHYT là "HN"; đối với người DTTS có 2 ký tự đầu của mã thẻ BHYT là "DT" đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn:

1.1. Bệnh nhân có Căn cước công dân.

1. Bản photo CCCD và bản photo thẻ BHYT hoặc thẻ BHYT được truy cập trên cổng giám định BHYT.

2. Bảng kê chi phí điều trị nội trú.

3. Bản photo Giấy ra viện.

4. Bảng kê chi hỗ trợ tiền ăn theo Mẫu số 1 đính kèm: Phòng Tài chính Kế toán thực hiện.

1.2. Bệnh nhân chưa có CCCD

1. Bản photo thẻ BHYT hoặc thẻ BHYT được truy cập trên cổng giám định BHYT.

2. Thẻ học sinh hoặc một loại giấy tờ tùy thân có ảnh hoặc giấy xác nhận nhân thân có dán ảnh (đóng cả dấu giáp lai) của chính quyền địa phương.

3. Bảng kê chi phí điều trị nội trú.

4. Bản photo Giấy ra viện.

5. Bảng kê chi hỗ trợ tiền ăn theo Mẫu số 1 đính kèm: Phòng Tài chính Kế toán thực hiện.

1.3. Đối với trẻ sơ sinh

1. Là con của người mẹ có tên trong sổ hộ nghèo.
2. Bản phô tô Giấy chứng sinh.
3. Bản phô tô CCCD của mẹ.
4. Bản sao công chứng/Bản chứng thực điện tử sổ hộ nghèo có tên mẹ.
5. Bảng kê chi phí điều trị nội trú.
6. Bản photo Giấy ra viện.

7. Bảng kê chi hỗ trợ tiền ăn theo Mẫu số 1 đính kèm: Phòng Tài chính Kế toán thực hiện.

2. Đối với người thuộc hộ nghèo, người DTTS nhưng tham gia đóng bảo hiểm y tế ở nhóm đối tượng khác (có 2 ký tự đầu của mã thẻ BHYT không phải là “HN” và “DT”):

2.1. Bệnh nhân có Căn cước công dân.

1. Bản sao công chứng/Bản chứng thực điện tử sổ hộ nghèo hoặc cung cấp thông tin cư trú thông qua tài khoản định danh điện tử của công dân được hiển thị trong ứng dụng VneID.

2. Bản phô tô CCCD và bản phô tô thẻ BHYT hoặc thẻ BHYT được truy cập trên cổng giám định BHYT.

3. Bảng kê chi phí điều trị nội trú.
4. Bản photo Giấy ra viện.

5. Bảng kê chi hỗ trợ tiền ăn theo Mẫu số 1 đính kèm: Phòng Tài chính Kế toán thực hiện.

2.2. Bệnh nhân chưa có Căn cước công dân.

1. Bản sao công chứng/Bản chứng thực điện tử sổ hộ nghèo hoặc cung cấp thông tin cư trú thông qua tài khoản định danh điện tử của công dân được hiển thị trong ứng dụng VneID.

2. Bản phô tô thẻ BHYT hoặc thẻ BHYT được truy cập trên cổng giám định BHYT.

3. Thẻ học sinh hoặc một loại giấy tờ tùy thân có ảnh hoặc giấy xác nhận nhân thân có dán ảnh (đóng cả dấu giáp lai) của chính quyền địa phương.

4. Bảng kê chi phí điều trị nội trú.
5. Bản photo Giấy ra viện.

6. Bảng kê chi hỗ trợ tiền ăn theo Mẫu số 1 đính kèm: Phòng Tài chính Kế toán thực hiện.

2.3. Đối với trẻ sơ sinh

1. Là con của người mẹ có tên trong sổ hộ nghèo.

2. Bản phô tô Giấy chứng sinh.
3. Bản phô tô CCCD của mẹ.
4. Bản sao công chứng/Bản chứng thực điện tử sổ hộ nghèo có tên mẹ.
5. Bảng kê chi phí điều trị nội trú.
6. Bản photo Giấy ra viện.
7. Bảng kê chi hỗ trợ tiền ăn theo Mẫu số 1 đính kèm: Phòng Tài chính Kế toán thực hiện.

II. Hỗ trợ tiền đi lại:

1. Đối với người thuộc hộ nghèo có 2 ký tự đầu của mã thẻ BHYT là “HN”; đối với người DTTS đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn có 2 ký tự đầu của mã thẻ BHYT là “DT”:

1.1. Bệnh nhân có Căn cước công dân.

1. Bản phô tô CCCD và bản phô tô thẻ BHYT hoặc thẻ BHYT được truy cập trên cổng giám định BHYT.
2. Bảng kê chi phí điều trị nội trú.
3. Bản photo Giấy ra viện.
4. Giấy đề nghị vận chuyển của người bệnh hoặc người nhà của người bệnh (trường hợp không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở y tế Nhà nước) theo Mẫu số 3 đính kèm.
5. Bảng kê chi tiền đi lại trường hợp không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở y tế Nhà nước theo Mẫu số 1 đính kèm: Phòng Tài chính Kế toán thực hiện..

1.2. Bệnh nhân chưa có CCCD

1. Bản phô tô thẻ BHYT hoặc thẻ BHYT được truy cập trên cổng giám định BHYT.
2. Thẻ học sinh hoặc một loại giấy tờ tùy thân có ảnh hoặc giấy xác nhận nhân thân có dán ảnh (đóng cả dấu giáp lai) của chính quyền địa phương.
3. Bảng kê chi phí điều trị nội trú.
4. Bản photo Giấy ra viện.
5. Giấy đề nghị vận chuyển của người bệnh hoặc người nhà của người bệnh (trường hợp không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở y tế Nhà nước) theo Mẫu số 3 đính kèm.
6. Bảng kê chi tiền đi lại trường hợp không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở y tế Nhà nước theo Mẫu số 1 đính kèm: Phòng Tài chính Kế toán thực hiện..

1.3. Đối với trẻ sơ sinh

1. Là con của người mẹ có tên trong sổ hộ nghèo.
2. Bản phô tô Giấy chứng sinh.

3. Bản photo CCCD của mẹ.
4. Bản sao công chứng/Bản chứng thực điện tử sổ hộ nghèo có tên mẹ.
5. Bảng kê chi phí điều trị nội trú.
6. Bản photo Giấy ra viện.
7. Giấy đề nghị vận chuyển của người bệnh hoặc người nhà của người bệnh (trường hợp không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở y tế Nhà nước) theo Mẫu số 3 đính kèm.
8. Bảng kê chi tiền đi lại trường hợp không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở y tế Nhà nước theo Mẫu số 1 đính kèm: Phòng Tài chính Kế toán thực hiện.

2. Đối với người thuộc hộ nghèo, người DTTS nhưng tham gia đóng bảo hiểm y tế ở nhóm đối tượng khác (có 2 ký tự đầu của mã thẻ BHYT không phải là “HN” và “DT”):

2.1. Bệnh nhân có Căn cước công dân.

1. Bản sao công chứng/Bản chứng thực điện tử sổ hộ nghèo hoặc cung cấp thông tin cư trú thông qua tài khoản định danh điện tử của công dân được hiển thị trong ứng dụng VneID.
2. Bản photo CCCD và bản photo thẻ BHYT hoặc thẻ BHYT được truy cập trên cổng giám định BHYT.
3. Bảng kê chi phí điều trị nội trú.
4. Bản photo Giấy ra viện.
5. Giấy đề nghị vận chuyển của người bệnh hoặc người nhà của người bệnh (trường hợp không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở y tế Nhà nước) theo Mẫu số 3 đính kèm.
6. Bảng kê chi tiền đi lại trường hợp không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở y tế Nhà nước theo Mẫu số 1 đính kèm: Phòng Tài chính Kế toán thực hiện.

2.2. Bệnh nhân chưa có Căn cước công dân.

1. Bản sao công chứng/Bản chứng thực điện tử sổ hộ nghèo hoặc cung cấp thông tin cư trú thông qua tài khoản định danh điện tử của công dân được hiển thị trong ứng dụng VneID.
2. Bản photo thẻ BHYT hoặc thẻ BHYT được truy cập trên cổng giám định BHYT.
3. Thẻ học sinh hoặc một loại giấy tờ tùy thân có ảnh hoặc giấy xác nhận nhân thân có dán ảnh (đóng cả dấu giáp lai) của chính quyền địa phương.
4. Bảng kê chi phí điều trị nội trú.
5. Bản photo Giấy ra viện.

6. Giấy đề nghị vận chuyển của người bệnh hoặc người nhà của người bệnh (trường hợp không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở y tế Nhà nước) theo Mẫu số 3 đính kèm.

7. Bảng kê chi tiền đi lại trường hợp không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở y tế Nhà nước theo Mẫu số 1 đính kèm: Phòng Tài chính Kế toán thực hiện.

2.3. Đối với trẻ sơ sinh

1. Là con của người mẹ có tên trong sổ hộ nghèo.
2. Bản phô tô Giấy chứng sinh.
3. Bản phô tô CCCD của mẹ.
4. Bản sao công chứng/Bản chứng thực điện tử sổ hộ nghèo có tên mẹ.
5. Bảng kê chi phí điều trị nội trú.
6. Bản photo Giấy ra viện.
7. Giấy đề nghị vận chuyển của người bệnh hoặc người nhà của người bệnh (trường hợp không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở y tế Nhà nước) theo Mẫu số 3 đính kèm.

8. Bảng kê chi tiền đi lại trường hợp không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở y tế Nhà nước theo Mẫu số 1 đính kèm: Phòng Tài chính Kế toán thực hiện.

2.4. Riêng thủ tục thanh toán hỗ trợ tiền đi lại đối với xe cơ quan vận chuyển thì thủ tục thanh toán ngoài các quy định các điểm 2.1, 2.2, 2.3, ngoại trừ mẫu số 3 của quy định này thì cần phải bổ sung các thủ tục sau:

1. Giấy đề nghị vận chuyển của người bệnh hoặc người nhà của người bệnh (trường hợp sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở y tế công lập) theo Mẫu số 2 đính kèm.
2. Lệnh điều xe, hóa đơn xăng/dầu (trường hợp sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở y tế Nhà nước).

III. Hỗ trợ người mắc bệnh ung thư, chạy thận nhân tạo, mổ tim:

1. Đơn đề nghị hỗ trợ thanh toán một phần chi phí khám, chữa bệnh của người bệnh hoặc gia đình người bệnh, có xác nhận của chính quyền địa phương nơi cư trú (cấp thôn và UBND cấp xã) về việc không có khả năng chi trả viện phí theo Mẫu số 4 đính kèm.

2. Bản phô tô CCCD và bản phô tô thẻ BHYT hoặc thẻ BHYT được truy cập trên cổng giám định BHYT.

3. Bảng kê chi phí điều trị có đóng dấu giáp lai hoặc dấu treo của cơ sở điều trị.

4. Hóa đơn thu viện phí do cơ quan thuế phát hành của cơ sở y tế.

5. Bản photo Giấy ra viện (nếu có).

6. Bản phô tô Giấy chuyển viện từ tuyến cơ sở lên tuyến điều trị (nếu có).

7. Bản photo Giấy phẫu thuật (nếu có).

8 Bảng kê chi hỗ trợ thanh toán một phần chi phí khám, chữa bệnh theo Mẫu số 1 đính kèm: Phòng Tài chính Kế toán thực hiện.

Trên đây là hướng dẫn của Trung tâm Y tế thị xã Hoài Nhơn về thủ tục thanh toán các chế độ hỗ trợ trong khám bệnh, chữa bệnh cho người nghèo và một số đối tượng có hoàn cảnh khó khăn trên địa bàn thị xã Hoài Nhơn.

Trong quá trình thực hiện, nếu có vướng mắc, các khoa, phòng, trạm y tế phản ánh về Trung tâm Y tế để kịp thời điều chỉnh./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lãnh đạo đơn vị;
- Trang TTĐT đơn vị;
- Lưu: VT, TCKT.

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**

Nguyễn Hoàng

Tên cơ sở y tế:.....

Mẫu số 1

Kèm theo Công văn hướng dẫn số 3512/SYT-
KHTC ngày 06/9/2024 của Sở Y tế

BẢNG KÊ CHI HỖ TRỢ TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHO NGƯỜI NGHÈO VÀ MỘT SỐ ĐỐI TƯỢNG CÓ HOÀN CẢNH KHÓ KHĂN TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH BÌNH ĐỊNH

Tên bệnh nhân: Năm sinh:
Mã thẻ BHYT: Mã số bệnh án:
Địa chỉ:
Đối tượng (người nghèo, DTTS,...):.....
Ngày nhập viện: Ngày ra viện:

1. Hỗ trợ tiền ăn cho người nghèo và người dân tộc thiểu số:

Tên khoa/phòng điều trị	Ngày nhập viện	Ngày ra viện	Số ngày được hỗ trợ tiền ăn	Mức hỗ trợ tiền ăn 1 ngày	Tổng số tiền ăn được hỗ trợ	Ghi chú
A	B	C	1	2	$3=1 \times 2$	D
- Khoa....						
- Khoa....						
-						
Tổng cộng						

2. Hỗ trợ tiền đi lại cho người nghèo và người dân tộc thiểu số:

Đoạn đường	Ngày đi lại	Khoảng cách (km)	Định mức xăng, dầu/km	Giá xăng tại thời điểm đi lại	Tổng số tiền đi lại được hỗ trợ	Ghi chú
A	B	1	2	3	$4=1 \times 2 \times 3$	C
Từ (địa chỉ nhà người bệnh) đến(tên cơ sở y tế)			0,2 lít/km			

Từ (tên cơ sở y tế) đến (địa chỉ nhà người bệnh)			0,2 lít/km			
Từ (tên cơ sở y tế) đến (cơ sở y tế tuyến trên)			0,2 lít/km			
Tổng cộng						

3. Hỗ trợ một phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người mắc bệnh ung thư, chạy thận nhân tạo, mổ tim:

Tên khoa/phòng điều trị	Tổng chi phí KCB	Tổng chi phí KCB đã được BHYT thanh toán	Phần chi phí người bệnh phải đồng chi trả	Tỷ lệ % mức hỗ trợ theo quy định	Số tiền chi hỗ trợ
A	1	2	$3 = 1 - 2$	4	$5 = 3 \times 4$
- Khoa....					
- Khoa....					
-					
Tổng cộng					

Tổng số tiền chi hỗ trợ các chế độ (1+2+3): đồng
(Số tiền bằng chữ:)

..... Ngày tháng năm 20...

**Ký nhận của người bệnh
hoặc thân nhân người bệnh**

Người lập Bảng

Lãnh đạo cơ sở y tế

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

Mẫu số 2

Kèm theo Công văn hướng dẫn số 3512/SYT-KHTC ngày 06/9/2024 của Sở Y tế

**GIẤY ĐỀ NGHỊ SỬ DỤNG PHƯƠNG TIỆN VẬN CHUYỂN
CỦA BỆNH VIỆN/TRUNG TÂM Y TẾ**

Kính gửi: Bệnh viện/ Trung tâm Y tế

Tên người nhà của người bệnh (*hoặc tên người bệnh*):

Quan hệ với người bệnh (chồng/vợ/con...):

Năm sinh:; Địa chỉ.....

Tên người bệnh:; sinh năm

Địa chỉ:

Thuộc đối tượng (hộ nghèo, DTTS):

Điện thoại:

Kính thưa Quý cấp! bị mắc bệnh.....

Nơi điều trị:

Thời gian điều trị từ ngày ... /... /... đến ngày .../.../.....

Căn cứ Nghị quyết số 09/2024/NQ-HĐND ngày 12/7/2024 của HĐND tỉnh Quy định chính sách hỗ trợ trong khám bệnh, chữa bệnh cho người nghèo và một số đối tượng có hoàn cảnh khó khăn trên địa bàn tỉnh Bình Định, tôi viết đơn này kính đề nghị Bệnh viện/Trung tâm y tế vận chuyển người bệnh là: từ đến bằng xe ô tô cứu thương, cụ thể như sau:

- 1. Ngày đi:/...../.....
- 2. Quãng đường đi: Từ đến
- 3. Khoảng cách:km.

Tôi xin trân trọng cảm ơn./.

....., ngày ... tháng ... năm...

Người làm đơn

(Ghi rõ tên người bệnh hoặc tên người nhà người bệnh)

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

Mẫu số 3

Kèm theo Công văn hướng dẫn số 3512/SYT-KHTC ngày 06/9/2024 của Sở Y tế

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TIỀN ĐI LẠI

Kính gửi: Bệnh viện/ Trung tâm Y tế

Tên người nhà của người bệnh (hoặc tên người bệnh):

Quan hệ với người bệnh (chồng/vợ/con...):

Năm sinh:; Địa chỉ.....

Tên người bệnh:; sinh năm

Địa chỉ:

Thuộc đối tượng (hộ nghèo, DTTS):

Điện thoại:

Kính thưa Quý cấp!bị mắc bệnh.....

Nơi điều trị:

Thời gian điều trị từ ngày ... /... /... đến ngày /... /.....

Căn cứ Nghị quyết số 09/2024/NQ-HĐND ngày 12/7/2024 của HĐND tỉnh Quy định chính sách hỗ trợ trong khám bệnh, chữa bệnh cho người nghèo và một số đối tượng có hoàn cảnh khó khăn trên địa bàn tỉnh Bình Định, tôi viết đơn này kính đề nghị Bệnh viện/Trung tâm Y tế hỗ trợ tiền đi lại từ nhà đến bệnh viện, từ bệnh viện về nhà và chuyển bệnh viện (nếu có) như sau:

Đoạn đường	Ngày đi lại	Khoảng cách (km)	Định mức xăng/km	Giá xăng tại thời điểm đi lại	Tổng số tiền đi lại được hỗ trợ	Ghi chú
A	B	1	2	3	4=1x2x3	
Từ (nhà)..... đến BV/TTYT.....			0,2 lít/km			
Từ BV/TTYT: đến nhà:			0,2 lít/km			

Từ (BV/TTYT):			0,2 lít/km			
đến (BV/TTYT):.....						
Tổng cộng						

Tôi xin trân trọng cảm ơn./.

....., ngày ... tháng ... năm...

Người làm đơn

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

Mẫu số 4

Kèm theo Công văn hướng dẫn số 3512/SYT-KHTC ngày 06/9/2024 của Sở Y tế

**ĐƠN XIN HỖ TRỢ MỘT PHẦN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
CỦA NGƯỜI MẮC BỆNH UNG THƯ, CHẠY THẬN NHÂN TẠO, MỔ TIM
GẶP KHÓ KHĂN, KHÔNG ĐỦ KHẢ NĂNG CHI TRẢ VIỆN PHÍ**

Kính gửi: Bệnh viện/ Trung tâm Y tế

Tên người nhà của người bệnh (*hoặc tên người bệnh*):

Quan hệ với người bệnh (*chồng/vợ/con...*):

Năm sinh:; Địa chỉ.....

Tên người bệnh:; sinh năm

Địa chỉ:

Điện thoại:

Kính thưa Quý cấp! bị mắc bệnh.....

Điều kiện kinh tế gia đình.....Nơi điều trị:.....

Thời gian điều trị từ ngày ... /... /... đến ngày .../.../.....

Kinh phí phải chi trả tại với số tiền
đồng (Đính kèm hóa đơn viện phí).

Căn cứ Nghị quyết số 09/2024/NQ-HĐND ngày 12/7/2024 của HĐND tỉnh Quy định chính sách hỗ trợ trong khám bệnh, chữa bệnh cho người nghèo và một số đối tượng có hoàn cảnh khó khăn trên địa bàn tỉnh Bình Định, tôi viết đơn này kính mong quý cấp hỗ trợ một phần chi phí khám, chữa bệnh để cho Bản thân và gia đình bớt phần khó khăn.

Tôi xin trân trọng cảm ơn./.

Xác nhận của chính quyền cấp thôn

Xác nhận của UBND cấp xã

....., ngày ... tháng ... năm ...

Người làm đơn

(Ghi rõ tên người bệnh hoặc tên người nhà người bệnh)