

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

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ GIẢI QUYẾT TRỢ CẤP HÀNG THÁNG**

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội tỉnh/thành phố .....

Tên tôi là: ..... sinh ngày ..... tháng ..... năm .....

Số CMND .....do ..... cấp ngày .... tháng ..... năm .....

Hiện cư trú tại (ghi rõ số nhà, xóm, xã, huyện, tỉnh): .....

.....

Số điện thoại (nếu có): .....

Tên cơ quan, đơn vị công tác trước khi nghỉ việc:.....

.....

Được nghỉ việc hưởng trợ cấp MSLĐ từ ngày ..... tháng ..... năm .....

Số hồ sơ MSLĐ (nếu có):.....

Thời gian công tác thực tế là: ..... năm..... tháng

Đã hết thời hạn hưởng trợ cấp MSLĐ hàng tháng từ ngày .... tháng .... năm .....

Địa chỉ nơi hưởng trợ cấp MSLĐ hàng tháng trước khi thôi hưởng trợ cấp (xã, huyện, tỉnh): .....

Căn cứ quy định tại Quyết định số 613/QĐ-TTg ngày 06/5/2010 của Thủ tướng Chính phủ, tôi làm đơn này đề nghị được giải quyết hưởng trợ cấp hàng tháng và được nhận trợ cấp hàng tháng tại địa chỉ (ghi rõ xóm, xã, huyện, tỉnh):

.....; đăng ký khám chữa bệnh BHYT tại:.....

Tôi xin đảm bảo và chịu trách nhiệm trước pháp luật về lời khai trên./.

....., ngày ..... tháng .... năm ....

**Xác nhận của Ủy ban nhân dân xã,  
phường, thị trấn nơi cư trú**  
(Ký, đóng dấu)

....., ngày ..... tháng .... năm ....

**Người viết đơn**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Ghi chú:** Ủy ban nhân dân xã, phường xác nhận hiện trạng cư trú của người viết đơn