**Mẫu số 15Đ-HBQP**

|  |  |
| --- | --- |
| ĐƠN VỊ CẤP TRÊN QUẢN LÝ **TÊN ĐƠN VỊ .....(1)..... -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số: ……./….. V/v giám định SGKNLĐ thân nhân hưởng trợ cấp tuất hằng tháng | *…….., ngày …. tháng …. năm ……* |

Kính gửi: …………………………………………

Căn cứ Luật Bảo hiểm xã hội số 58/2014/QH13 ngày 20/11/2014;

Căn cứ đơn đề nghị của ông (bà) ………………….. là (quan hệ với người chết)…………….

Của đồng chí: ……………………………………………………….. Nam (nữ): …………….

Sinh ngày: ……/ …../ ……..; số sổ BHXH ……………………………………………………

Cấp bậc, chức vụ, chức danh, nghề nghiệp: ……………………………………………….

Đơn vị ……………………………………………………………………………………………

Thời gian tham gia BHXH bắt buộc từ tháng ……/……. đến tháng ……./……. là ….. năm …… tháng.

Chết ngày ………/ ……../ …………………………………………

Đơn vị ………………..(1)……………………………

Giới thiệu và đề nghị Hội đồng Giám định y khoa …………………………………………..

Giám định tỷ lệ suy giảm khả năng lao động cho những người có tên sau đây:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Sinh ngày** | **Quan hệ vớingười chết** | **Trú quán** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

Đề nghị Hội đồng Giám định y khoa …………………… xem xét, giải quyết làm cơ sở để đơn vị báo cáo BHXH Bộ Quốc phòng thực hiện chế độ tử tuất đối với thân nhân đồng chí ……………. theo quy định./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:*** - - | **THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN, ĐƠN VỊ** *(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu)* |

***Ghi chú:***

*(1) Tên đơn vị cấp Trung đoàn và tương đương trở lên;*

*Hồ sơ thân nhân đề nghị giám định gồm: Công văn của đơn vị; Đơn đề nghị của thân nhân (có xác nhận của chính quyền địa phương nơi cư trú); Giấy chứng minh thư hoặc Thẻ căn cước công dân (bản sao); Bản trích lục bệnh án của người đề nghị giám định suy giảm khả năng lao động.*