|  |  |
| --- | --- |
| Ộ QUỐC PHÒNG**BẢO HIỂM XÃ HỘI-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |
| Số:      /PĐC | *Hà Nội, ngày …. tháng …. năm ……* |

**PHIẾU ĐIỀU CHỈNH**

**TRỢ CẤP TNLĐ/BNN HẰNG THÁNG DO THƯƠNG TẬT, BỆNH TẬT TÁI PHÁT**

Đồng chí:……………………………………………………………Nam (nữ): …………………..

Sinh ngày: ……/ ……/………… Số sổ BHXH: ………………………………………………

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

Đơn vị: ……………………………………………………………………………………………

Bị TNLĐ/BNN ngày: ……../ ……/ …………; Tỷ lệ suy giảm KNLĐ: ……………………….

Được hưởng trợ cấp TNLĐ/BNN hằng tháng từ ngày: …./…../……. theo Quyết định số……/QĐ-BHXH ngày …../ ……/ …………… của Giám đốc BHXH Bộ Quốc phòng.

**Mức hưởng trợ cấp TNLĐ/BNN hằng tháng như sau:**

Tổng số thời gian tham gia bảo hiểm xã hội: ………………..năm ………………tháng

Mức tiền lương làm căn cứ tính trợ cấp: ………………………………….…. đồng/tháng

a) Trợ cấp theo mức suy giảm khả năng lao động: ………………………………….. đồng

b) Trợ cấp theo thời gian và tiền lương tháng đóng BHXH ………………………….. đồng

Số tiền trợ cấp hằng tháng (a+b): ……………………………………………………… đồng

c) Mức điều chỉnh (a+b): …………….. đ x …………. (hệ số điều chỉnh)=………….. đồng

……………………………………………………………………………………………………….

Tổng số tiền trợ cấp: ……………………………………………………………………… đồng

*(Bằng chữ: …………………………………………………………………………………………)*

Nơi nhận:…………………………………………………………………………………………../.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NGƯỜI LẬP PHIẾU***(Ký, ghi rõ họ tên)*  | **TRƯỞNG PHÒNG CĐCS***(Ký, ghi rõ họ tên)* | **GIÁM ĐỐC***(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)* |
| **NGƯỜI NHẬN***(Ký, ghi rõ họ tên)* | **TÀI CHÍNH ĐƠN VỊ***(Ký, ghi rõ họ tên)* |