

**BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM**  
**BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH BÌNH DƯƠNG**

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

Số: 54/15 /BHXH-CĐ.BHXH  
V/v hướng dẫn thanh quyết toán chế độ  
ốm đau, thai sản, dưỡng sức và phục  
hồi sức khỏe

Bình Dương, ngày 17 tháng 12 năm 2014

Kính gửi: Các đơn vị, doanh nghiệp trên địa bàn tỉnh Bình Dương

Căn cứ văn bản 4653/BHXH-TCKT ngày 01 tháng 12 năm 2014 của Bảo hiểm xã hội Việt Nam về việc hướng dẫn thanh quyết toán chế độ ốm đau, thai sản, dưỡng sức và phục hồi sức khỏe ( DSPHSK), Bảo hiểm xã hội (BHXH) tỉnh Bình Dương yêu cầu các đơn vị, doanh nghiệp thực hiện một số nội dung sau:

1/ Từ ngày 15/01/2015 các đơn vị khi nộp hồ sơ giải quyết chế độ ốm đau, thai sản, DSPHSK ( mẫu C70a-HD) ở cột D bắt buộc phải có chữ ký nhận của người lao động; nếu không có chữ ký của người lao động, cơ quan BHXH tỉnh hoặc huyện sẽ không tiếp nhận hồ sơ trên.

2/ Đối với những trường hợp người lao động chưa thực sự nhận tiền (vì lý do khách quan), sau 12 tháng mà người lao động không đến nhận thì thực hiện như sau:

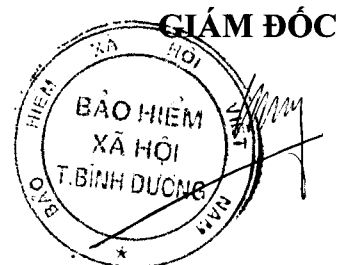
- Lập danh sách người lao động chưa nhận chế độ ốm đau, thai sản, DSPHSK ( theo mẫu kèm theo) gửi cơ quan BHXH để tiếp tục chi trả, đồng thời chuyển số tiền chưa chi về tài khoản của cơ quan BHXH số: 5500202910016 mở tại Ngân hàng nông nghiệp và phát triển nông thôn tỉnh Bình Dương.

- Nếu người lao động đến nhận lại số tiền chế độ ốm đau, thai sản, DSPHSK, đơn vị sử dụng lao động viết giấy giới thiệu nêu rõ lý do, hướng dẫn người lao động đến cơ quan BHXH để được giải quyết.

BHXH xin thông báo đến quý đơn vị, doanh nghiệp được biết, để thực hiện giải quyết chế độ BHXH nhằm đảm bảo quyền lợi cho người lao động khi tham gia BHXH.

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Phòng TNHS;
- BHXH các huyện, thị;
- Website BHXH tỉnh;
- Lưu: VT, CĐ-BHXH.



*Bùi Hữu Phong*

Tên đơn vị  
Mã đơn vị

**DANH SÁCH NGƯỜI LAO ĐỘNG CHƯA NHẬN CHẾ ĐỘ ỐM ĐAU, THAI SẢN, DSPHSK  
TỪ 12 THÁNG TRỞ LÊN**

**Tháng.....năm**

STT	Họ và Tên	Số sổ	Đợt, tháng, năm	Số tiền chưa nhận	Ghi chú
A	B	1	2	3	4
<b>I</b>	<b>Chế độ ốm đau</b>				
1					
2					
....					
<b>II</b>	<b>Chế độ thai sản</b>				
1					
2					
...					
<b>III</b>	<b>DSPHSK</b>				
	<b>Tổng cộng</b>				

Tổng số người chưa nhận:.....người

Tổng số tiền bằng chữ:.....đồng

**Người lập biểu**  
(Ký, họ tên)

**Kế toán trưởng**  
(Ký, họ tên)

....., ngày.....tháng.....năm  
**Thủ trưởng đơn vị**  
(ký tên, đóng dấu)