|  |
| --- |
| CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMMẫu số 11B-HSBĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc |

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**HƯỞNG TRỢ CẤP THAI SẢN**

 Kính gửi: Bảo hiểm xã hội huyện/quận

Họ tên: , số sổ BHXH:

Số CMND do

cấp ngày ……. tháng …… năm ……

Hiện cư trú tại:

Số điện thoại (nếu có): …………………ĐTDĐ:………………

Có thời gian tham gia BHXH là …… năm …… tháng

Nghỉ việc, không đóng BHXH từ tháng …… năm ……

Sinh con/Nhận nuôi con nuôi ngày …… tháng …… năm……

Đề nghị cơ quan Bảo hiểm xã hội xem xét, giải quyết chế độ thai sản cho tôi theo quy định.

|  |  |
| --- | --- |
| ***……, ngày …… tháng ……năm……***Xác nhận của chính quyềnđịa phương nơi cư trú**(ký, đóng dấu)** | ***……, ngày …… tháng ……năm……***Người làm đơn***(ký, ghi rõ họ tên)*** |