

Tên cơ quan đơn vị.....
 Mã đơn vị:.....
 Số Điện thoại:.....

Mẫu C70a-HD

DANH SÁCH ĐỀ NGHỊ GIẢI QUYẾT HƯỞNG CHẾ ĐỘ, ÓM ĐAU, THAI SẢN, DƯỠNG SỨC PHỤC HỒI SỨC KHỎE

Đợt.....tháng.....năm.....

Số hiệu tài khoản:.....Mở tại:.....Chi nhánh:.....

PHẦN 1: DANH SÁCH ĐỀ NGHỊ HƯỞNG CHẾ ĐỘ MỚI PHÁT SINH

STT	Họ và tên	Số sổ BHXH/ Số định danh	Điều kiện tính hưởng		Số ngày nghỉ được tính hưởng trợ cấp			Hình thức nhận trợ cấp	Ghi chú
			Tình trạng	Thời điểm	Từ ngày	Đến ngày	Tổng số		
A	B	1	2	3	4	5	6	C	D
A	CHẾ ĐỘ ÓM ĐAU								
I	Bản thân ốm thường								
1									
...									
	Cộng								
II	Bản thân ốm dài ngày								
1									
...									
	Cộng								
III	Con ốm								
1									

...									
	Cộng								
B	CHẾ ĐỘ THAI SẢN								
I	Khám thai								
1									
...									
	Cộng								
II	Sảy thai, nạo hút thai, thai chết lưu hoặc phá thai bệnh lý								
1									
...									
	Cộng								
III	Sinh con, nuôi con nuôi								
-	<i>Trường hợp thông thường</i>								
1									
...									
-	<i>Trường hợp mẹ phải nghỉ dưỡng thai (khoản 3 Điều 31)</i>								
1									
...									
-	<i>Trường hợp mẹ chết sau khi sinh (khoản 4 Điều 34)</i>								
1									

...									
-	<i>Trường hợp mẹ chết hoặc gặp rủi ro sau khi sinh (khoản 6 Điều 34)</i>								
1									
...									
	Cộng								
IV	Lao động nữ mang thai hộ sinh con								
1									
...									
	Cộng								
V	Lao động nữ nhờ mang thai hộ nhận con								
1									
...									
	Cộng								
VI	Lao động nam nghỉ việc khi vợ sinh con								
1									
...									
	Cộng								
VII	Lao động nam hưởng trợ cấp một lần khi vợ sinh con								
1									

...									
	Cộng								
VIII	Thực hiện các biện pháp tránh thai								
1									
...									
	Cộng								
C	DƯỠNG SỨC PHỤC HỒI SỨC KHỎE								
I	Nghỉ DS sau ốm đau								
1									
...									
	Cộng								
II	Nghỉ DS sau thai sản								
1									
...									
	Cộng								
III	Nghỉ DS sau TNLĐ-BNN								
1									
...									
	Cộng								

PHẦN 2: DANH SÁCH ĐỀ NGHỊ ĐIỀU CHỈNH SỐ ĐÃ ĐƯỢC GIẢI QUYẾT

STT	Họ và tên	Số sổ BHXH/ Số định danh	Đợt đã giải quyết	Nội dung và lý do đề nghị điều chỉnh		Hình thức nhận trợ cấp	Ghi chú
				Diễn giải nội dung	Lý do		
A	B	1	2	3	4	C	
A	CHẾ ĐỘ ỒM ĐẦU						
I	Bản thân ốm thường						
1							
...							
II	...						
B	CHẾ ĐỘ ...						
...							
	Cộng						

Ngày ... tháng ... năm

Người lập biểu
(Ký, họ tên)

Công đoàn cơ sở
(Ký, họ tên, đóng dấu)

Thủ trưởng đơn vị
(Ký, họ tên, đóng dấu)