|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BỘ Y TẾ**    SỐ THEO DÕI CẤP GIẤY BÁO TỬ *(Ban hành kèm theo Thông tư số 24/….. ngày 28 tháng 12 năm 2020)* **BYT/BT-2020** | | **Phụ lục số II** |
|  | Tỉnh: ……………………………………………………………  Huyện: ………………………………………………………………..  Xã/Phường/Thị trấn: ………………………………………….  Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: ………………………………………  Quyển số: ………………………………………  Năm 20 ……………………………………………………… |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cơ sở KCCB** (1) | | **Mẫu BYT/BT-2020**  **Số:** ……………… **Quyển số**………. | |  |  | **Cơ sở KCCB** (1) | | **Mẫu BYT/BT-2020**  **Số:** ……………… **Quyển số**……….. | |
| **GIẤY BÁO TỬ** *(Ban hành kèm theo Thông tư số ……/2020/TT-BYT ngày .... tháng .... năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*  Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh báo tử(1): ………………………………  Địa chỉ(2):………………………………………………………………….  Xin thông báo như sau:  Họ và tên người tử vong(3): …………………………………………….  Ngày, tháng, năm sinh(4): …………../…………………/………………  Giới tính(5):………….. Dân tộc(6):…………… Quốc tịch(7): …………  Nơi thường trú, tạm trú(8)……………………………………………….  Mã số định danh cá nhân *(nếu có)*(9)………………………………….  Giấy tờ tùy thân số(10)  ……………………………………………………………………………..  Ngày cấp: …../…../….. Nơi cấp: …………………………………….  Đã tử vong vào lúc:...giờ...phút, ngày....tháng.... năm...(11)  Nguyên nhân tử vong(12): ……………………………………………….  *…..,ngày ... tháng .... năm 20 …..* | | | | **GIẤY BÁO TỬ** *(Ban hành kèm theo Thông tư số ……/2020/TT-BYT ngày .... tháng .... năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*  Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh báo tử(1): ………………………………  Địa chỉ(2):………………………………………………………………….  Xin thông báo như sau:  Họ và tên người tử vong(3): …………………………………………….  Ngày, tháng, năm sinh(4): …………../…………………/………………  Giới tính(5):………….. Dân tộc(6):…………… Quốc tịch(7): …………  Nơi thường trú, tạm trú(8)……………………………………………….  Mã số định danh cá nhân *(nếu có)*(9)………………………………….  Giấy tờ tùy thân số(10)  ……………………………………………………………………………..  Ngày cấp: …../…../….. Nơi cấp: …………………………………….  Đã tử vong vào lúc:...giờ...phút, ngày....tháng.... năm...(11)  Nguyên nhân tử vong(12): ……………………………………………….  *…..,ngày ... tháng .... năm 20 …..* | | | |
| Người thân thích (Ký, ghi rõ họ tên) | Người ghi giấy (Ký, ghi rõ chức danh) | | Thủ trưởng CS KBCB(13) (Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu) | Người thân thích (Ký, ghi rõ họ tên) | Người ghi giấy (Ký, ghi rõ chức danh) | | Thủ trưởng CS KBCB(13) (Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu) |
| ***Lưu ý:***  Giấy báo tử cấp lần đầu: Số            Quyển số             (nếu cấp lại)  Tử vong khi đang trên đường đi cấp cứu: Có £             Không £ | | | | ***Lưu ý:***  Giấy báo tử cấp lần đầu: Số            Quyển số             (nếu cấp lại)  Tử vong khi đang trên đường đi cấp cứu: Có £             Không £ | | | |