|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Khám giám định lần đầu do bệnh nghề nghiệp** | | |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | 1. Giấy giới thiệu của người sử dụng lao động theo mẫu quy định tại Phụ lục 1 kèm theo Thông tư số 56/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế đối với trường hợp người được giám định lần đầu bệnh nghề nghiệp thuộc quyền quản lý của người sử dụng lao động tại thời điểm đề nghị khám giám định hoặc Giấy đề nghị khám giám định của người lao động theo mẫu quy định tại Phụ lục 2 kèm theo Thông tư số 56/2017/TT-BYT đối với trường hợp người lao động không còn làm nghề, công việc có nguy cơ mắc bệnh nghề nghiệp mà phát hiện mắc bệnh nghề nghiệp trong thời gian bảo đảm của bệnh, bao gồm cả người lao động đang bảo lưu thời gian đóng bảo hiểm xã hội, người lao động đã có quyết định nghỉ việc chờ giải quyết chế độ hưu trí, trợ cấp hằng tháng và người lao động đang hưởng lương hưu, trợ cấp hằng tháng; | x |  |
| 2. Bản chính hoặc bản sao hợp lệ Hồ sơ bệnh nghề nghiệp |  | x |
| 3. Bản tóm tắt hồ sơ bệnh án điều trị bệnh nghề nghiệp của người lao động có liên quan đến bệnh nghề nghiệp (nếu có).  Trường hợp người được giám định thuộc đối tượng quy định tại điểm c khoản 1 Điều 47 của Luật An toàn vệ sinh lao động: Trong bản tóm tắt hồ sơ bệnh án phải ghi rõ bệnh nghề nghiệp không có khả năng điều trị ổn định. |  | x |
| 4. Một trong các giấy tờ có ảnh sau đây: Chứng minh nhân dân; Căn cước công dân; Hộ chiếu còn hiệu lực. Trường hợp không có các giấy tờ nêu trên thì phải có Giấy xác nhận của Công an cấp xã có dán ảnh, đóng giáp lai trên ảnh và được cấp trong thời gian không quá 03 tháng tính đến thời điểm đề nghị khám giám định. |  | x |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** | | |
|  | 01 bộ | | |
| **3** | **Thời gian xử lý** | | |
|  | 27 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ | | |
| **4** | **Nơi tiếp nhận và trả kết quả** | | |
|  | - Cách 1: Nộp hồ sơ trực tiếp tại Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả - Trung tâm Giám định Y khoa Hà Nội; địa chỉ: Số 86 - Thợ Nhuộm, quận Hoàn Kiếm, Hà Nội hoặc số 2 - Bế Văn Đàn, quận Hà Đông, Hà Nội;  - Cách 2: Địa chỉ tiếp nhận đối với các hồ sơ gửi qua bưu chính: Trung tâm Giám định Y khoa Hà Nội; địa chỉ: Số 86 - Thợ Nhuộm, quận Hoàn Kiếm, Hà Nội hoặc số 2 - Bế Văn Đàn, quận Hà Đông, Hà Nội. Điện thoại: 0243.9424082;  Trả kết quả tại Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả của Trung tâm Giám định Y khoa Hà Nội hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích. | | |
| **5** | **Lệ phí** | | |
|  | 1.150.000 đồng | | |

**PHỤ LỤC 1**

MẪU GIẤY GIỚI THIỆU ĐỀ NGHỊ GIÁM ĐỊNH  
*(Kèm theo Thông tư số*[*56/2017/TT-BYT*](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/bao-hiem/thong-tu-56-2017-tt-byt-huong-dan-luat-bao-hiem-xa-hoi-va-luat-an-toan-ve-sinh-lao-dong-341271.aspx)

*ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN **TÊN CƠ QUAN, ÐƠN VỊ -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Ðộc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |
| Số: *………../GGT* | *…….1……, ngày ….. tháng ….. năm…..* |

**GIẤY GIỚI THIỆU**

**Kính gửi: Hội đồng Giám định y khoa**……… 2……..

………………….3……………..…….. trân trọng giới thiệu:

Ông/ Bà:……………………………………… Sinh ngày…. tháng... năm…..

Chỗ ở hiện tại: ............................................................................................................

Giấy CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu số: ………Ngày cấp:……… Nơi cấp: ............

Số Sổ BHXH/Mã số BHXH: ………………………4.................................................

Nghề/công việc………………………………5..........................................................

Điện thoại liên hệ: ......................................................................................................

Là cán bộ/ nhân viên/ thân nhân của ...........................................................................

Được cử đến Hội đồng Giám định y khoa ..................................................................

để giám định mức suy giảm khả năng lao động:

Đề nghị giám định: ……………………………….6....................................................

Loại hình giám định: ……………………………..7 ...................................................

Nội dung giám định: ……………………………..8 ...................................................

Đang hưởng chế độ: …………………………….9 .....................................................

Trân trọng cảm ơn.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **LÃNH ÐẠO CƠ QUAN/ĐƠN VỊ** *(Ký tên, đóng dấu)* |

*Ghi chú: Giấy giới thiệu có giá trị trong vòng ba tháng kể từ ngày ký giới thiệu.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Ghi địa danh tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương nơi đặt trụ sở cơ quan, đơn vị giới thiệu đề nghị giám định

2 Tên Hội đồng Giám định y khoa nơi tổ chức đề nghị giám định

3 Tên cơ quan, đơn vị giới thiệu người lao động

4 Ghi số sổ BHXH hoặc mã số BHXH. Việc ghi mã số bảo hiểm xã hội chỉ áp dụng khi cơ quan bảo hiểm xã hội chính thức có thông báo về việc sử dụng mã số bảo hiểm xã hội thay cho số sổ bảo hiểm xã hội.

5 Trường hợp là thân nhân của người lao động đề nghị khám giám định để hưởng trợ cấp tuất hằng tháng thì không cần khai nội dung nghề/công việc

6 Ghi rõ một trong các hình thức khám giám định sau: lần đầu/tái phát/lại/tổng hợp/phúc quyết.

7 Ghi rõ một trong các nội dung khám giám định sau: tai nạn lao động/bệnh nghề nghiệp/hưu trí/tuất/hưởng BHXH một lần/hưởng chế độ thai sản

8 Ghi rõ bệnh, tật cần khám giám định theo các giấy tờ điều trị

9 Ghi rõ chế độ đang hưởng và tỷ lệ tổn thương cơ thể nếu có. Nếu chưa được hưởng chế độ thì ghi: chưa.

**PHỤ LỤC 2**

MẪU GIẤY ĐỀ NGHỊ KHÁM GIÁM ĐỊNH  
*(Kèm theo Thông tư số*[*56/2017/TT-BYT*](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/bao-hiem/thong-tu-56-2017-tt-byt-huong-dan-luat-bao-hiem-xa-hoi-va-luat-an-toan-ve-sinh-lao-dong-341271.aspx)

*ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

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

**GIẤY ĐỀ NGHỊ KHÁM GIÁM ĐỊNH**

**Kính gửi:**…………………………………………..

Tên tôi là ............................................................... Sinh ngày….. tháng….. năm……

Chỗ ở hiện tại: ...........................................................................................................

Giấy CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu số: ................ Ngày cấp: …..Nơi cấp:………..

Số sổ BHXH/Mã số BHXH: ……………………………….. 1..................................

Nghề/công việc …………………………………………….. 2...................................

Điện thoại liên hệ: ......................................................................................................

Đề nghị được giám định mức độ suy giảm khả năng lao động:

Đề nghị giám định: ……………………………….3...................................................

Loại hình giám định: ……………………………..4 ...................................................

Nội dung giám định: ……………………………..5 ...................................................

Đang hưởng chế độ: …………………………….6 .....................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **Xác nhận của UBND hoặc Công an cấp xã7** | **Người viết giấy đề nghị** *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1Ghi số sổ BHXH hoặc mã số BHXH. Việc ghi mã số bảo hiểm xã hội chỉ áp dụng khi cơ quan bảo hiểm xã hội chính thức có thông báo về việc sử dụng mã số bảo hiểm xã hội thay cho số sổ bảo hiểm xã hội.

2 Ghi rõ hiện có đang làm việc trong môi trường có yếu tố gây bệnh nghề nghiệp được đề nghị khám hay không

Trường hợp là thân nhân của người lao động đề nghị khám giám định để hưởng trợ cấp tuất hằng tháng thì không cần khai nội dung nghề/công việc.

3 Ghi rõ một trong các hình thức khám giám định sau: lần đầu/tái phát/lại/ tổng hợp/phúc quyết.

4 Ghi rõ một trong các nội dung khám giám định sau: tai nạn lao động/bệnh nghề nghiệp/hưu trí/tuất/hưởng BHXH một lần/hưởng chế độ thai sản

5 Ghi rõ bệnh, tật cần khám giám định theo các giấy tờ điều trị

6 Ghi rõ chế độ đang hưởng và tỷ lệ tổn thương cơ thể nếu có. Nếu chưa được hưởng chế độ thì ghi: chưa.

7 Chỉ áp dụng đối với trường hợp thân nhân của người lao động là người chịu trách nhiệm lập hồ sơ đề nghị giám định