|  |  |
| --- | --- |
| **Số Hồ sơ: ………………………**  **Mẫu số: 600** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**PHIẾU GIAO NHẬN HỒ SƠ**

**Đăng ký, điều chỉnh đóng BHXH, BHYT, BHTN, Bảo hiểm TNLĐ, BNN; Cấp sổ BHXH, thẻ BHYT.**

(Thời hạn giải quyết: 05 ngày)

1. Tên đơn vị: ............................................................................... Mã đơn vị:.........................................

2. Điện thoại: ................................................................................ Email: ..............................................

3. Địa chỉ nhận trả kết quả hồ sơ qua bưu điện (nếu có): .......................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Số TT** | **Loại giấy tờ, biểu mẫu** | **Số lượng** |
| **I** | **Người tham gia:** |  |
| 1 | Tờ khai tham gia, điều chỉnh thông tin BHXH, BHYT (Mẫu TK1-TS, 01 bản/người) |  |
| 2 | Giấy tờ chứng minh được hưởng quyền lợi BHYT cao hơn (Phụ lục 3 – QĐ 505) (nếu có) |  |
| 3 | Hợp đồng lao động có thời hạn ở nước ngoài hoặc HĐLĐ được gia hạn kèm theo văn bản gia hạn HĐLĐ hoặc HĐLĐ được ký mới tại nước tiếp nhận lao động theo hợp đồng (Đối với người lao động đi làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng tại Tiết a,c và d Điểm 1.7 Khoản 1 Điều 4 QĐ 595) |  |
| **II** | **Đơn vị:** |  |
| 1 | Báo cáo tình hình lao động và Danh sách tham gia BHXH, BHYT, BHTN, BHTNLĐ, BNN (Mẫu D02-LT) |  |
| 2 | Tờ khai đơn vị tham gia, điều chỉnh thông tin BHXH, BHYT (Mẫu TK3-TS) (Trường hợp đơn vị đăng ký tham gia lần đầu; chuyển địa bàn đóng BHXH, BHYT hoặc có thay đổi thông tin) |  |
| 3 | Bảng kê thông tin (Mẫu D01-TS) (nếu có) |  |

***Lưu ý****:*

*1. Đơn vị/Người tham gia phải chịu trách nhiệm trước pháp luật về việc kê khai hồ sơ và lưu giữ Bảng thanh toán tiền lương, tiền công tháng ứng với thời gian truy thu, HĐLĐ… để phục vụ công tác kiểm tra, đối chiếu khi cần thiết.*

2. CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu/Giấy khai sinh/Sổ hộ khẩu/Giấy tờ khác (bản photo, đối với trường hợp hoàn thiện thông tin cấp mã số BHXH)

***CƯỚC DỊCH VỤ BƯU CHÍNH CÔNG ÍCH DO CÁ NHÂN TỰ CHI TRẢ KHI NHẬN KẾT QUẢ TẠI ĐỊA CHỈ.***

……………, ngày…… tháng…… năm……

**Người nộp hồ sơ**

*(Ký, ghi họ tên)*