

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

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**  
**HƯỞNG TRỢ CẤP THAI SẢN**

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng.

Tên tôi là:.....Giới tính :.....(nam/nữ)  
Sinh ngày : ...../...../..... ; Số CMTND.....  
do.....cấp ngày...../...../.....,  
là cha/người nuôi dưỡng của cháu..... ; sinh ngày...../...../.....  
Hiện cư trú tại :.....  
....., số điện thoại (nếu có).....  
Mẹ cháu là: ....., chết ngày...../...../.....  
Có thời gian đóng BHXH là.....năm.....tháng ; số sổ BHXH :.....  
Đơn vị công tác của người mẹ trước khi chết :.....

Đề nghị Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng xem xét, giải quyết chế độ thai sản cho tôi theo quy định./.

....., ngày.....tháng .....năm.....

Xác nhận của UBND xã (phường) nơi cư trú  
(Ký, ghi rõ chức danh, họ tên, đóng dấu)

....., ngày.....tháng .....năm.....

Người làm đơn  
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ghi chú: Mẫu này dùng cho trường hợp người mẹ chết sau khi sinh con.

