

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



001 234 567 891

первичный продолжение листка нетрудоспособности № _____
 дубликат

 (наименование медицинской организации)

 (адрес медицинской организации)

Дата выдачи _____ - _____ - _____
 _____ (ОГРН)

Ф _____
 И _____
 О _____
 (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

Печать
 медицинской
 организации

 (Дата рождения) М Ж Причина нетрудоспособности _____
 _____ код _____ доп код _____ ком изм. _____

Основное По совместительству № _____

 (место работы-наименование организации) Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости

 дата 1 _____ дата 2 _____ № путевки _____ ОГРН санатория или клиники НИИ _____
 по уходу _____
 _____ возраст (лет/мес.) _____ родственная связь _____ ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход _____

Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да нет

Отметки о нарушении режима _____ Дата _____ - _____ - _____ Подпись врача: _____

Находился в стационаре: с _____ - _____ - _____ по _____ - _____ - _____

Дата направления в бюро МСЭ: _____ - _____ - _____ Установлена/изменена группа инвалидности

Дата регистрации документов в бюро МСЭ: _____ - _____ - _____ Подпись руководителя бюро МСЭ: _____

Освидетельствован в бюро МСЭ: _____ - _____ - _____

Печать
 учреждения
 медико-
 социальной
 экспертизы

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача
_____ - _____ - _____	_____ - _____ - _____	_____	_____	_____
_____ - _____ - _____	_____ - _____ - _____	_____	_____	_____
_____ - _____ - _____	_____ - _____ - _____	_____	_____	_____

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ с _____ - _____ - _____ Иное: _____ - _____ - _____

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № _____ Подпись врача: _____

Печать
 медицинской
 организации

 (место работы-наименование организации) Основное По совместительству

Регистрационный № _____ / _____ Код подчинённости _____

ИНН нетрудоспособного: _____ СНИЛС _____ - _____ - _____

Условия исчисления _____ Акт формы Н-1 от _____ - _____ - _____

Дата начала работы _____ - _____ - _____ Страховой стаж: _____ лет _____ мес. в т. ч. нестраховые периоды: _____ лет _____ мес.

Причитается пособие за период: с _____ - _____ - _____ по _____ - _____ - _____

Средний заработок для исчисления пособия: _____ р _____ к. Средний дневной заработок _____ р _____ к.

Сумма пособия: за счет средств работодателя _____ р _____ к. за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации _____ р _____ к. Итого начислено _____ р _____ к.

Фамилия и инициалы руководителя: _____ Подпись _____

Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: _____ Подпись _____

_____ линия отреза _____

Печать
 работодателя

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

заполняется врачом и остается в медицинской организации

000000000

первичный продолжение листка нетрудоспособности № _____
 дубликат



001 234 567 891

Ф _____
 И _____
 О _____
 (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

 (фамилия, инициалы врача)
 № истории болезни _____

 (место работы-наименование организации) Основное По совместительству № _____
 Дата выдачи _____

 расписка получателя _____