ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

001 234 567 891

первичный
дубликат
продолжение листка нетрудоспособности №

(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.

(место работы-наименование организации)

Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости

Основное По совместительству №

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: - -

Дата регистрации документов в бюро МСЭ: - -

Установлена/изменена группа инвалидности

Освидетельствован в бюро МСЭ: - -

Подпись руководителя 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

Заполняется врачом медицинской организации

(место работы-наименование организации)
Основное По совместительству

Регистрационный № / Код подчинённости

ИНН нетрудоспособного: (при наличии) 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

Печать работодателя

Заполняется работодателем

линия отреза

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

000000000

001 234 567 891

первичный
дубликат
продолжение листка нетрудоспособности №

Ф
И
О
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

(место работы-наименование организации)

Основное По совместительству №

(фамилия, инициалы врача)

№ истории болезни

Дата выдачи - -

расписка получателя

заполняется врачом и остается в медицинской организации

medsovet.info