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)

Основное ☐ По совместительству ☐ № Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости ☐

по уходу: дата 1 __-__-____ дата 2 __-__-____ № путевки ОГРН санатория или клиники НИИ

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

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

(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

линия отреза

заполняется врачом и остается в медицинской организации

000000000

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

первичный ☐ дубликат ☐ продолжение листка нетрудоспособности №

001 234 567 891

Ф

И

О

(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

(фамилия, инициалы врача)

№ истории болезни

(место работы-наименование организации)

Дата выдачи __-__-____

Основное ☐ По совместительству ☐ № расписка получателя