

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



001 234 567 891

первичный
дубликат

продолжение листа
нетрудоспособности №

(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

Дата выдачи

(ОГРН)

Ф

И

О

(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

Причина нетрудоспособности

код

доп. код

ком. код

(Дата рождения)

(место работы - наименование организации)

№

Состоит на учёте
в государственной
учрежденческой
службе занятости

Основное

По совместительству

дата 1

дата 2

№ путевки

ОГРН санатория или клиники 1991

по уходу

индекс (местный)

распоряжение главы

ФИО главы семьи, за которой 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:

с

по

Установлена/изменена группа инвалидности

Дата регистрации документов
в бюро МСЭ:

с

по

Подпись руководителя бюро МСЭ:

Освидетельствован в бюро МСЭ:

с

по

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
(продолжения) №

Подпись врача:

Основное

По совместительству

Регистрационный №

(место работы - наименование организации)

Код подчинённости

ИНН нетрудоспособного:
(при наличии)

СНИЛС

Условия исчисления

Акт формы Н-1 от

Дата начала работы

Страховой стаж:

лет

мес.

в т.ч. настраиваемые
периоды:

лет

мес.

Присчитывается пособие за период:

с

по

Средний заработок для исчисления пособия:

р

к

Средний дневной заработок

р

к

Сумма пособия: за счёт
средств работодателя

р

к

за счёт средств Фонда социального
страхования Российской Федерации

р

к

итого
исчислено

р

к

Фамилия и инициалы руководителя:

Подпись

Фамилия и инициалы гл. бухгалтера:

Подпись

линия отреза

0000000000

первичный

дубликат

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

продолжение листа
нетрудоспособности №



001 234 567 891

Ф

И

О

(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

№ истории болезни

(фамилия, инициалы врача)

Дата выдачи

расписка
получателя

Основное

По совместительству

№

(место работы - наименование организации)

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

заполняется врачом и скрепляется
в медицинский орган