

**ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**



001 234 567 622

Матричный код

первичный  дубликат  продолжение листа № \_\_\_\_\_  
нетрудоспособности

(наименование лечебного учреждения/ФИО частного практикующего врача)

(адрес лечебного учреждения / частного практикующего врача)

Дата выдачи \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

(ОГРН/ОГРНИП)

Печать медицинской организации

Ф \_\_\_\_\_ М  Ж   
И \_\_\_\_\_  
О \_\_\_\_\_  
(Дата рождения)

Причина нетрудоспособности код \_\_\_\_\_ доп код \_\_\_\_\_ код изм. \_\_\_\_\_

(фамилия, имя и отчество нетрудоспособного)

(место работы-наименование организации) Основное  По совместительству  № \_\_\_\_\_ Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости

дата 1 \_\_\_\_\_ дата 2 \_\_\_\_\_ № путевки \_\_\_\_\_ ОГРН санатория или клиники НИИ \_\_\_\_\_

по укладу \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ Освидетельствован в бюро МСЭ \_\_\_\_\_

Печать учреждения медико-социальной экспертизы

Дата регистрации документов в бюро МСЭ: \_\_\_\_\_

Установлена/изменена группа инвалидности  Подпись руководителя бюро МСЭ \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

Печать медицинской организации

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

(место работы-наименование организации) Основное  По совместительству

Регистрационный № \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Код подчиненности \_\_\_\_\_

ИНН нетрудоспособного: \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Условия исчисления \_\_\_\_\_ Акт формы Н-1 от \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Печать работодателя

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

**ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

первичный  дубликат  продолжение листа № \_\_\_\_\_  
нетрудоспособности



001 234 567 891

Ф \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

И \_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы врача) \_\_\_\_\_

О \_\_\_\_\_ № истории болезни \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя и отчество нетрудоспособного)

(место работы-наименование организации) Основное  По совместительству  № \_\_\_\_\_

расписка получателя

заполняется врачом и остаётся в медицинской организации