ФОРМА БЛАНКА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Лицевая сторона

	листок нетрудоспособности	
	первичный продолжение листка нетрудоспособности №	001 234 567 891
	дубликат негрудоспосооности не	
	(наименование медицинской организации)	
	(адрес медицинской организации)	
	Дата выдачи (ОГРН)	
	Sergey	
	N Sidorov	Печать
	0	медицинской организации
	(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)	
1978-06-05 (Дата рождения)	м ж Причина нетрудоспособности доп код доп код	ком изм.
	ОАО "Зенит" Состоит на учёте в государственных	
Основное По совместитель		
	Olynobi sani totir	
дата 1	дата 2 Ке путевки	ОГРН санатория или клиники НИИ
Основное По совместительной дата 1 возраст (лет/мес.) родственна Поставлена на учёт в ранние срои Отметки о нарушении режима Находился в стационаре: с		
возраст (лет/мес.) родственна	я связь ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход	
Поставлена на учёт в ранние срок	ки беременности (до 12 недель) да нет	
Отметки о нарушении режима	Дата Подпись врача:	
Находился в стационаре: с	no	Печать учреждения
Дата направления в бюро МСЭ:		медико- социальной
Дата регистрации документов в бюро МСЭ:	Установлена/изменена группа инвалидности	экспертизы
Освидетельствован в бюро МСЭ:	Подпись руководителя бюро МСЭ:	General Control of the Control of th
	ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ	and a second
С какого числа	По какое число Должность врача Фамилия и инициалы врача или иден	тификационный номер Подпись врача
2024-10-14	2024-10-18	
The state of the s		
приступить к работе С	2024-10-21 Иное:	Печать
Выдан листок нетрудоспособности		Печать медицинской организации
	Лодпись врача:	медицинской организации
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) №	Лодпись врача:	медицинской
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) №	Лодпись врача:	медицинской организации
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) №	Подпись врача:	медицинской организации совместительству Печать
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № Регистрационный № ИНН нетрудоспособного:	Подпись врача: Основное По иесто работы-наименование организации) Код подчинённости	медицинской организации
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № Регистрационный № ИНН нетрудоспособного: (при наличии)	Подпись врача: Основное По иесто работы-наименование организации) Код подчинённости СНИЛС	медицинской организации совместительству Печать
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № Регистрационный № ИНН нетрудоспособного: (при наличии) Условия исчисления	Подпись врача: Основное По исто работы-наименование организации) СНИЛС Акт формы H-1 от Страуорой стау: Вет. Ч. нестраховые	медицинской организации совместительству Печать работодателя
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № Регистрационный № ИНН нетрудоспособного: (при наличии) Условия исчисления Дата начала работы	Подпись врача: Основное По весто работы-наименование организации) СНИЛС Акт формы Н-1 от Страховой стаж: лет мес. в т. ч. нестраховые периоды: с	медицинской организации совместительству Печать работодателя
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № Регистрационный № ИНН нетрудоспособного: (при наличии) Условия исчисления Дата начала работы Причитается пособие за период: Средний заработок для исчисления Сумма пособия: за счет	Подпись врача: Основное По иесто работы-наименование организации) СНИЛС	медицинской организации совместительству Печать работодателя лет мес.
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № Регистрационный № ИНН нетрудоспособного: (при наличии) Условия исчисления Дата начала работы Причитается пособие за период: Средний заработок для исчисления	Подпись врача: Основное По весто работы-наименование организации) СНИЛС Акт формы Н-1 от Страховой стаж: лет мес. вт.ч. нестраховые периоды: с по пособия: р к. Средний дневной заработок р к. Средний дневной заработок	медицинской организации совместительству Печать работодателя лет мес.
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № Регистрационный № ИНН нетрудоспособного: (при наличии) Условия исчисления Дата начала работы Причитается пособие за период: Средний заработок для исчисления Сумма пособия: за счет средств работодателя Фамилия и инициалы руководителя	Подпись врача: Основное По несто работы-наименование организации) СНИЛС	медицинской организации совместительству Печать работодателя лет мес.
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № Регистрационный № ИНН нетрудоспособного: (при наличии) Условия исчисления Дата начала работы Причитается пособие за период: Средний заработок для исчисления Сумма пособия: за счет средств работодателя	Подпись врача: Основное По весто работы-наименование организации) СНИЛС	медицинской организации совместительству Печать работодателя лет мес.
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № Регистрационный № ИНН нетрудоспособного: (при наличии) Условия исчисления Дата начала работы Причитается пособие за период: Средний заработок для исчисления Сумма пособия: за счет средств работодателя Фамилия и инициалы руководителя Фамилия и инициалы гл. бухгалтера	Подпись врача: Основное По весто работы-наименование организации) СНИЛС	медицинской организации совместительству Печать работодателя лет мес.
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № Регистрационный № ИНН нетрудоспособного: (при наличии) Условия исчисления Дата начала работы Причитается пособие за период: Средний заработок для исчисления Сумма пособия: за счет средств работодателя Фамилия и инициалы руководителя Фамилия и инициалы гл. бухгалтера	Подпись врача: Основное По несто работы-наименование организации) СНИЛС Акт формы Н-1 от Страховой стаж: лет мес. в т. ч. нестраховые периоды: с по	медицинской организации совместительству Печать работодателя лет мес. к. итого р к.
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № Регистрационный № ИНН нетрудоспособного: (при наличии) Условия исчисления Дата начала работы Причитается пособие за период: Средний заработок для исчисления Сумма пособия: за счет средств работодателя Фамилия и инициалы руководителя Фамилия и инициалы гл. бухгалтера	Подпись врача: Основное По весто работы-наименование организации) СНИЛС	медицинской организации совместительству Печать работодателя лет мес.
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № Регистрационный № ИНН нетрудоспособного: (при наличии) Условия исчисления Дата начала работы Причитается пособие за период: Средний заработок для исчисления Сумма пособия: за счет средств работодателя Фамилия и инициалы руководителя Фамилия и инициалы гл. бухгалтера	Подпись врача: Основное По весто работы-наименование организации) СНИЛС	медицинской организации совместительству Печать работодателя лет мес. к. итого р оод 234 567 891
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № Регистрационный № ИНН нетрудоспособного: (при наличии) Условия исчисления Дата начала работы Причитается пособие за период: Средний заработок для исчисления Сумма пособия: за счет средств работодателя Фамилия и инициалы руководителя Фамилия и инициалы гл. бухгалтера	Подпись врача: Подпись врача: Основное По Весто работы-наименование организации) Основное По Код подчинённости Акт формы Н-1 от	медицинской организации совместительству Печать работодателя лет мес. к. итого р к.
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № Регистрационный № ИНН нетрудоспособного: (при наличии) Условия исчисления Дата начала работы Причитается пособие за период: Средний заработок для исчисления Сумма пособия: за счет средств работодателя Фамилия и инициалы руководителя Фамилия и инициалы гл. бухгалтера	Подпись врача: Подпись врача: Основное По Код подчинённости Кит формы Н-1 от	медицинской организации совместительству Печать работодателя лет мес. к. итого р почать работодателя 001 234 567 891

Оборотная сторона

анк-Москва», г. Москва, 2011 г., уро

ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ БЛАНКА

В строке «Причина нетрудоспособности» в первых двух клетках указать соответствующий двухзначный код

- 01- заболевание
- 02 травма
- 03 карантин
- 04 несчастный случай на производстве или его последствия
 05 - отпуск по беременности и родам

- 06 протезирование в стационаре 07 профессиональное заболевание или его обострение
- 08 долечивание в санатории
- 09 уход за больным членом семьи
- 10 иное состояние (отравление, проведение манипуляций и др.)
- 11 заболевание, указанное в п. 1 Перечня социально значимых заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715
- в случае заболевания ребенка, включенного в перечень заболеваний, определяемый Минздравсоцразвития России в соответствии с ч. 5 ст. 6 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»
- 13 ребенок-инвалид
- *14 поствакцинальное осложнение или злокачественное
- новообразование у ребенка *15 ВИЧ-инфицированный ребенок
 - ько при согласии застрахованного лица

В строке «Причина нетрудоспособности», вслед за двухзначным кодом, указать дополнительный трехзначный код

- 017 при лечении в специализированном санатории
- 018 при санаторно-курортном лечении в связи с несчастным случаем на производстве в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ)
- 019 при лечении в клинике научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации
- 020 при дополнительном отпуске по беременности и родам
- 021 при заболевании или травме, наступившей вследствии алкогольного, наркотического, токсического опьянения или действий,

В строке «дата1» проставляется дата изменения причины нетрудоспособности, предполагаемая дата родов, дата начала путевки, в строке «дата2» проставляется дата окончания путевки, в строке № путевки проставляется номер путевки. Пример записи: «05.10.2011 17.10.2011 №00000000»

В блоке «По уходу» предусмотрены 2 строки в случае ухода за двумя членами семьи, в каждой строке указывается последовательно возраст, родственная связь, фамилия, имя, отчество.

В строке «Отметка о нарушении режима» указать код

- 23 несоблюдение предписанного режима, самовольный уход из стационара, выезд на лечение в другой административный район без разрешения лечащего врача
- 24 несвоевременная явка на прием к врачу
- 25 выход на работу без выписки
- 26 отказ от направления в учреждение медико-социальной экспертизы
- 27 несвоевременная явка в учреждение медико-социальной экспертизы
- 28 другие нарушения

В строке «Иное» указать код: 31 - продолжает болеть

- 32 установлена инвалидность
- 33 изменена группа инвалидности
- 34 умер
- 35 отказ от проведения медико-социальной экспертизы
- 36 явился трудоспособным
- 37 долечивание

В строке «родственная связь» указать код

- 38 мать;
- 39 отец;
- 40 опекун;
- 41 попечитель:
- 42 иной родственник, фактически осуществляющий уход за больным членом семьи

В строке «Условия исчисления» указать код (при необходимости несколько кодов)

- 43 лицо, относящееся к категории лиц, подвергшихся воздействию радиации
 44 лицо, приступившее к работе в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях до 2007 года и продолжающее
- работать в этих местностях 45 лицо, имеющее инвалидность
- 46 трудовой договор менее 6 месяцев (не проставляется в случае указания кода 11 в строке «Причина нетрудоспособности»)
- 47 заболевание (травма) наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы
- 48 уважительная причина нарушения режима
- 49 продолжительность заболевания превышает 4 месяца подряд (для лиц, имеющих инвалидность); не проставляется в случае указания кода 11 в строке «Причина нетрудоспособности»
- 50 продолжительность заболевания превышает 5 месяцев в календарном году (для лиц, имеющих инвалидность);
- не проставляется в случае указания кода 11 в строке «Причина нетрудоспособности»
- 51 неполное рабочее время

Строка «Дата начала работы» заполняется для кодов 01 и 02 в случаях аннулирования трудового договора