

Заповнюється лікарем і зберігається в закладі охорони здоров'я

ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ

ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА №.....
(відповідне підкреслити)

Серія №.....

(прізвище лікаря)

(прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного)

№ медичної карти

(місце роботи: назва підприємства, установи, організації)

Виданий 20..... р.
(число, місяць)

(Підпис одержувача)

КОРІНЕЦЬ

Л І Н І Я В І Д Р І З У

ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ

ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА №.....
(відповідне підкреслити)

Серія..... №.....

(назва і місцезнаходження закладу охорони здоров'я)

Виданий 20..... р.
(число, місяць)

(прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного)

Вік
(повних років)

(місце роботи: назва підприємства, установи, організації)

Печатка закладу охорони здоров'я

Чол. Жін.

відповідне підкреслити

Шифр МКХ-10.....

Діагноз первинний:

Діагноз заключний:

Причина непрацездатності: захворювання загальне – 1, професійне та його наслідки – 2, наслідок аварії на ЧАЕС – 3, нещасний випадок на виробництві та його наслідки – 4, невиробничі травми – 5, контакт з хворими на інфекційні захворювання та бактеріоносійство – 6, санаторно-курортне лікування – 7, вагітність та пологи – 8, ортопедичне протезування – 9, догляд (вік)..... – 10.

РЕЖИМ:

Відмітки про порушення режиму:

Підпис лікаря.....

Перебував у стаціонарі

Направлений у МСЕК 20..... р.

з..... 20..... р. по..... 20..... р.

Підпис голови ЛКК.....

Перевести тимчасово на іншу роботу

Оглянутий у МСЕК..... 20..... р.

з..... 20..... р. по..... 20..... р.

Висновок МСЕК.....

Підпис голови ЛКК..... М. П.

Видачу листка непрацездатності дозволяю:

Підпис голови МСЕК..... М. П. МСЕК

Підпис головного лікаря..... М. П.

З В І Л Ь Н Е Н Н Я В І Д Р О Б О Т И

З якого числа	До якого числа включно	Посада і прізвище лікаря	Підпис та печатка лікаря
3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)		
3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)		
3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)		
3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)		

СТАТИ ДО РОБОТИ

3
(словами число і місяць)
ПРОДОВЖУЄ ХВОРІТИ
Видиновий листок непрацездатності (продовження) №...

}
посада, прізвище
.....
підпис лікаря

Печатка закладу охорони здоров'я

ПРИМІТКА:

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЛІКАРЕМ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Заповнюється табельником або уповноваженою особою	<p align="center">..... (назва підприємства, установи, організації)</p> <p>Структурний підрозділ..... Посада..... Таб. №</p> <p>Робота постійна, тимчасова, сезонна (потрібне підкреслити).</p> <p>Не працював з «.....».....20.....р. до «.....».....20.....р.</p> <p>Неробочі дні за період непрацездатності (числа)</p> <p>До роботи став з «.....».....20.....р.</p> <p>Підпис і прізвище табельника або уповноваженої особи.....</p> <p>Дата.....</p>				
Заповнюється відділом кадрів або уповноваженою особою	<p>Застрахована особа віднесена: до осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС або доглядають хвору дитину віком до 14 років, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи; ветеран війни (потрібне підкреслити).</p> <p>Страховий стаж на день настання непрацездатності: до 5 років, від 5 до 8, від 8 і більше років (потрібне підкреслити).</p> <p>..... (посада, підпис і прізвище працівника відділу кадрів або уповноваженої особи)</p>				
Заповнюється комісією із соціального страхування або уповноваженою особою, на яку покладено призначення допомоги	<p align="center">ПРИЗНАЧЕНА ДОПОМОГА:</p> <p>3 тимчасової непрацездатності в розмірі.....% за..... робочих (календарних) днів 3 вагітності та пологів у розмірі.....% за..... робочих (календарних) днів</p> <p>Допомога не надається з причини:</p> <p>Акт про нещасний випадок на виробництві, акт розслідування нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання від20..... р. №</p> <p>..... (посада, підпис і прізвище уповноваженої особи)</p>				
Заповнюється бухгалтерією (розрахунковою частиною) підприємства, установи, організації	<p align="center">ДОВІДКА ПРО ЗАРОБІТНУ ПЛАТУ</p> <p>Місячний оклад..... грн. Денна тарифна ставка..... грн.</p>				
	Місяці	Кількість робочих днів (годин)	Сума фактичної заробітної плати, з якої нараховуються страхові внески	Середньоденна (середньогодинна) заробітна плата	
Усього:					
<p>При переведенні під час хвороби на іншу роботу з «.....».....20.....р. до «.....».....20.....р. заробітна плата за..... днів становить..... грн.</p> <p align="center">НАЛЕЖИТЬ ДО ВИПЛАТИ</p>					
З якого часу і до якого	За скільки днів (годин)	Розмір допомоги в % до заробітної плати	Денна (годинна) допомога в грн. і коп.	Усього нараховано	Усього, з урахуванням заробітної плати при переведенні на іншу роботу
(усього нараховано — сума словами)					
Включено до платіжної відомості за..... місяць 20..... р.					
Печатка		Прізвище і підпис керівника		Підпис головного (старшого) бухгалтера.....	