

Лицьовий бік

охорони здоров'я і зобов'язань закладу	ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА № (відповідне підкреслити) Серія №..... (прізвище лікаря) № медичної карти (Підпис одержувача) Виданий 20..... р. (число, місяць)				КОРИНЕЦЬ																				
	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 непрацевдатного) (місце роботи: назва підприємства, установи, організації) Вік (повних років) Діагноз первинний: Діагноз заключний: Причина непрацевдатності: 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..... Направлений у МСЕК20....р. Підпис голови ЛКК..... Перевести тимчасово на іншу роботу з.....20....р. по.....20....р. Оглянутий у МСЕК.....20....р. Висновок МСЕК..... Підпис голови ЛКК..... М. П. Вдачу листка непрацевдатності дозволяю: Підпис головного лікаря..... М. П. Підпис голови МСЕК..... М. П. МСЕК З В І Л Ь Н Е Н Н Я В І Д Р О Б И Т И <table><thead><tr><th>З якого числа</th><th>До якого числа включно</th><th>Посада і прізвище лікаря</th><th>Підпис та печатка лікаря</th></tr></thead><tbody><tr><td>3 (число, місяць, рік)</td><td> (словами число і місяць)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3 (число, місяць, рік)</td><td> (словами число і місяць)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3 (число, місяць, рік)</td><td> (словами число і місяць)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3 (число, місяць, рік)</td><td> (словами число і місяць)</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> СТАТИ ДО РОБОТИ 3 (словами число і місяць) ПРОДОВЖУЄ ХВОРІТИ Виданий новий листок непрацевдатності (продовження) №... } посада, прізвище підпис лікаря Печатка закладу охорони здоров'я					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)		
	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)																								
ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЛІКАРЕМ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ																									
ПРИМІТКА:																									

Зворотний бік

ДО ВІДОМА ЛІКАРЯ

Бланки листка непрацездатності повинні зберігатись як бланки суворої звітності.

Про витрачання бланків листка непрацездатності лікар повинен звітувати в установленому порядку зданням корінців виданих листків непрацездатності.

Заповнюється табельником або уповноваженою особою	(назва підприємства, установи, організації) Структурний підрозділ..... Посада..... Таб. №..... Робота постійна, тимчасова, сезонна (потрібне підкреслити). Не працював з «.....».....20.....р. до «.....».....20.....р. Неробочі дні за період непрацездатності (числа) До роботи став з «.....».....20.....р. Підпис і прізвище табельника або уповноваженої особи..... Дата.....			
	Заповнюється відділом кадрів або уповноваженою особою 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). Страховий стаж на день настання непрацездатності: до 5 років, від 5 до 8, від 8 і більше років (потрібне підкреслити). (посада, підпис і прізвище працівника відділу кадрів або уповноваженої особи)			
Заповнюється комісією із соціального страхування або уповноваженою особою, на яку покладено призначення	ПРИЗНАЧЕНА ДОПОМОГА: 3 тимчасової непрацездатності в розмірі.....% за..... робочих (календарних) днів 3 вагітності та пологів у розмірі.....% за..... робочих (календарних) днів Допомога не надається з причини: Акт про нещасний випадок на виробництві, акт розслідування нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання від20.....р. № (посада, підпис і прізвище уповноваженої особи)			
час (зашпоровано) і підпис бухгалтера (з урахуванням частини 1 статті 110 Кодексу)	ДОВІДКА ПРО ЗАРОБІТНУ ПЛАТУ Місячний оклад..... грн. Денна тарифна ставка..... грн. При переведенні під час хвороби на іншу роботу з «.....».....20.....р. до «.....».....20.....р. заробітна плата за..... днів становить..... грн.			
	НАПЕЖИТЬ ДО ВИПЛАТИ			
	Місяці	Кількість робочих днів (годин)	Сума фактичної заробітної плати, з якої нараховуються страхові внески	Середньоденна (середньогодинна) заробітна плата
				
Вкл. Печ.	Усього:			
				(старшого) бухгалтера.....

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