

Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности

Приказ · № 172 · от 16.03.2007 · Министерство здравоохранения и социального развития · Действует без изменений

ПРИКАЗ

Министерства здравоохранения и социального развития

Российской Федерации

от 16 марта 2007 г. N 172

Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности

Зарегистрирован Минюстом России 25 апреля 2007 г.

Регистрационный N 9340

В соответствии со статьей 13 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ "Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 1 (ч. I), ст. 18) приказываю:

1. Утвердить прилагаемую форму бланка листка нетрудоспособности.
2. Использовать бланки листов нетрудоспособности старого образца, имеющиеся в медицинской организации наряду с бланками листов нетрудоспособности, утвержденными настоящим приказом.
3. Фонду социального страхования Российской Федерации обеспечить изготовление бланков листов нетрудоспособности, утвержденных настоящим приказом, и довести их до медицинских организаций.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И.Стародубова.

Министр М.Зурабов

Приложение ----- запол-|ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
Серия AA 0000000 неется| ПЕРВИЧНЫЙ-ПРОДОЛЖЕНИЕ врачом| (соответствующее подчеркнуть) и
|-----| оста- |(фамилия, имя и отчество
нетрудоспособного) (фамилия врача) ется в|-----| N истории болезни
----- меди- | (домашний адрес) цин- |Место работы ----- Основное/по
совместительству ской | (наименование организации) (нужное подчеркнуть) орга- |Для
предъявления по основному месту работы выдан листок низа- |нетрудоспособности ции |Серия
----- N -----

|Выдан ----- 20__ г. -----

| (число, месяц, год) (расписка получателя) -----+-----

| Л И Н И Я О Т Р Е З А

|

|ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

|ПЕРВИЧНЫЙ - ПРОДОЛЖЕНИЕ ЛИСТКА N ____ Серия AA 0000000

|(соответствующее подчеркнуть) +-----+

|-----| Печать |

|(наименование и адрес лечебного (код медицин- |медицин- |

учреждения или его штамп) ской организации| ской |

|Выдан ----- 20__ г. |организа-|

| (число, месяц) | ции |

|-----| Возраст -----+-----+

|(фамилия, имя, отчество (полных лет)

| нетрудоспособного) +-----+

| |МУЖ.|ЖЕН.|
 |Место работы _____ +-----|
 | (наименование организации) |(подчерк-|
 З |Основное/по совместительству (нужное подчеркнуть)| нуть) |
 А |Для предъявления по основному месту работы выдан+-----+
 П |листок нетрудоспособности
 О |Серия _____ N _____
 Л +-----
 Н | Указать причину нетрудоспособности - заболевание, травма,
 Я |профзаболевание или его обострение, несчастный случай на
 Е |производстве (его последствия), уход за больным членом семьи
 Т |(в случае заболевания, включенного в перечень заболеваний),
 С |карантин, поствакцинальное осложнение, долечивание в
 Я |санатории, отпуск по беременности и родам:
 | _____
 | (при отпуске по беременности и родам указать
 В | предполагаемую дату родов, при уходе за больным членом
 Р | семьи - фамилию, имя, возраст больного, при долечивании в
 А |санатории - даты начала и окончания срока путевки, ее номер,
 Ч | место нахождения санатория)
 О +-----
 М |РЕЖИМ: |Направление в бюро МСЭ
 | |_____ 20__ г.
 | |Подпись председателя ВК _____
 М +-----+-----
 Е |Отметки о нарушении режима: |Регистрация документов в бюро
 Д | Подпись врача: _____ |МСЭ _____ 20__ г.
 И +-----|
 Ц |Находился в стационаре |Освидетельствован в бюро МСЭ
 И |с ____ 20__ г. по ____ 20__ г.|_____ 20__ г.
 Н +-----|
 С |Разрешена выдача (продление)|Заключение бюро МСЭ _____
 К |листка нетрудоспособности| (степень
 О |гражданам, находящимся вне|_____
 Й |постоянного места жительства | ограничения способности
 |с ____ 20__ г. по ____ 20__ г.|_____
 |Подпись руководителя +-----| к трудовой деятельности)
 О |медицинской |М. П.|Подпись руководителя +-----+
 Р |организации _____| |бюро МСЭ _____ |М. П.|
 Г +-----+
 А |О С В О Б О Ж Д Е Н И Е О Т Р А Б О Т Ы
 Н +-----
 И | | По какое число |Специаль- |Подпись
 З |С какого числа| включительно |ность и фа- | врача
 А | | |милия врача |
 Ц +-----+-----+-----+-----
 И |С _____ |_____
 И |(число, месяц)|(прописью число и месяц)| |

+-----+-----+-----+-----
 |С _____ | _____ |
 |(число, месяц)|(прописью число и месяц)|
 +-----+-----+-----+-----
 |С _____ | _____ |
 |(число, месяц)|(прописью число и месяц)|
 +-----+-----+-----+-----
 |С _____ | _____ |
 |(число, месяц)|(прописью число и месяц)|
 +-----+-----+-----+-----

| ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ +-----+

|с _____ | Печать |
 | (прописью число и месяц) (специальность,|медицин-
 | } _____ | ской |
 |Выдан новый листок фамилия, |организа-
 |(продолжение) N _____ | ции |
 | подпись врача) +-----+

оборотная сторона

К сведению врача

За нарушение порядка выдачи листков нетрудоспособности медицинские организации государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также медицинские работники, имеющие право выдачи листков нетрудоспособности, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации

наименование организации Подразделение _____ Должность(профессия) _____ Таб. N ____
 Работа постоянная, срочная (нужное подчеркнуть). Срок трудового договора (служебного контракта) _____
 Не работал с " ____ " _____ 20__ г. по " ____ " _____ 20__ г. Приступил к работе " ____ " _____ 20__ г. Подпись руководителя подразделения _____
 Подпись табельщика _____ Дата _____
 - Продолжительность страхового стажа ____ лет ____ месяцев ____ дней Имеет группу инвалидности с ограничением способности к труду - да, нет (нужное подчеркнуть) Лицо, подвергшееся воздействию радиации, имеющее поствакцинальное осложнение, работающее в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, осуществляющее уход за ребенком-инвалидом (нужное подчеркнуть) Подпись руководителя кадровой службы организации _____

Назначение пособия

----- Ф. И. О. _____ назначено пособие: по временной нетрудоспособности |по беременности и родам в размере |в размере _____ % за _____ календарных |100% за _____ календарных дней | дней по уходу за больным ребенком, членом | семьи в течение календарного года за | _____ календарных дней| (с учетом настоящего периода нетрудоспособности) Пособие снижено с " ____ " _____ 20__ г. / в пособии отказано (нужное подчеркнуть) по причине _____

_____ Акт формы Н-1 от " ____ " _____ 20__ г.

_____ Особые отметки _____

Сведения о заработной плате +-----+ || Число || Тарифная ||
 | | календарных | Сумма | ставка | Средний | Расчетный период для | дней, | фактического | (должност-
 | дневной | исчисления пособия | учитываемых | заработка | ной оклад, | зарабо- | | в расчетном | за

расчетный | денежное | ток | | | периоде | период | вознагражд- | | | | дение*) | | +-----+-----
 ---+-----+-----+----- | с " " ____ 20__ г. | | | | | по " " ____ 20__ г. | | | | +-----+-----
 -----+

* Заполняется при исчислении пособия исходя из тарифной ставки (должностного оклада, денежного вознаграждения)

Причитается пособие +-----+ | | | | Размер | Размер | | Число
 | Размер | | дневного | дневного | | | кален- | пособия | Размер | пособия, | | | дарных | в про-
 | дневного | исчислен- | исчислен- | | За период | дней, | центрах | пособия | ного из | ного из | | | подле- | к
 зара- | (в руб. | макси- | МРОТ | | | жащих | ботной | и коп.) | мального | (в руб. | | | оплате | плате | | размера
 | и коп.) | | | | | пособия | | +-----+-----+-----+-----+-----+----- | с " " ____ 20__ г. | | | |
 | | по " " ____ 20__ г. | | | | | +-----+-----+

За счет средств Фонда социального страхования

Российской Федерации _____

(сумма пособия прописью)

За счет средств работодателя _____

(сумма пособия прописью)

ИТОГО (сумма к выдаче) _____

(сумма пособия прописью)

Сумма пособия включена в платежную ведомость за _____ месяц

Подпись главного (старшего) бухгалтера _____ Дата _____
