**Листок нетрудоспособности**

Утвержден

Приказом Министерства

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

от 26.04.2011 N 347н

┌─┐ ┌───────────────┐ │││││││││││││││││││││││ ──┐

│З│ │ │ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ │││││││││││││││││││││││ │

│А│ │ │ │││││││││││││││││││││││ │

│П│ │ Матричный код │ 001 234 567 891

│О│ │ │ ┌─┐ ┌─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│Л│ │ │ первичный │ │ дубликат │ │ продолжение листка N │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│Н│ │ │ └─┘ └─┘ нетрудоспособности └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

│Я│ │ │ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│Е│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│Т│ └───────────────┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

│С│ (наименование медицинской организации)

│Я│ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│В│ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

│Р│ (адрес медицинской организации)

│А│ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ Печать

│Ч│ Дата выдачи │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ медицинской

│О│ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ организации

│М│ (ОГРН)

│ │ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┐ ┌─┐

│М│Ф │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ М │ │ Ж │ │

│Е│ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ └─┘ └─┘

│Д│ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ (Дата рождения)

│И│И │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│Ц│ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

│И│ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

│Н│О │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│С│ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ Причина └─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘

│К│ (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) нетрудоспособности код доп код код изм.

│О├─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│Й│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

│ │ (место работы - наименование организации) Состоит на учете

│О│ ┌─┐ По ┌─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ в государственных учреждениях ┌─┐

│Р│Основное │ │ совместительству│ │ N│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ службы занятости │ │

│Г├─────┬─┬─┼─┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┼─┬─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┬─┬──────┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┼─┬─┐

│А│ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│Н│ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

│И│ дата 1 дата 2 N путевки ОГРН санатория или клиники НИИ

│З├────┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│А│по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│Ц│ухо-├─┼─┤ ├─┼─┤ ├─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│И│ду │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│И├────┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

│ │ возраст родственная связь ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход

│ │ (лет/мес.)

│ ├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

│ │ ┌─┐ ┌─┐

│ │Поставлена на учет в ранние сроки беременности (до 12 недель) да │ │ нет │ │

│ │ └─┘ └─┘

│ ├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

│ │ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌────────┐

│ │Отметки о нарушении режима │ │ │ Дата │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ Подпись врача │ │

│ │ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ └────────┘

│ ├────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

│ │ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

│ │Находился в стационаре: с │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ по │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │

│ │ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ Печать

│ ├──────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────── учреждения

│ │ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ медико-

│ │Дата направления в бюро МСЭ: │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ Освидетельствован в бюро МСЭ: 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│ Подпись │

│ │ │ │ │ идентификационный номер │ врача │

│ ├─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬──┼─────────────┤

│ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┼─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼──┤ │

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼──┼─────────────┤

│ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┼─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼──┤ │

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼──┼─────────────┤

│ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┼─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼──┤ │

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───────────────────┴───────────────────┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴──┴─────────────┘

│ │ ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ

│ │ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

│ │С │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ Иное: │ │ │ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │

│ │ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

│ │ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ Печать

│ │Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) N │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ медицинской

│ │ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ организации

│ │ ┌──────────────────┐

│ │Подпись врача: │ │

│ │ └──────────────────┘

├─┼─────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

│З├─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┐ ┌─┐

│А│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ Основное │ │ По совместительству │ │

│П├─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┘ └─┘

│О│ (место работы - наименование организации)

│Л│ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┐

│Н│Регистрационный N │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │/│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ Код подчиненности │ │ │ │ │ │

│Я│ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┘

│Е│ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

│Т│ИНН нетрудоспособного: │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ СНИЛС │ │ │ │-│ │ │ │-│ │ │ │-│ │ │

│С│ (при наличии) └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘

│Я│ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ Печать

│ │Условия исчисления │ │ │ │ │ │ │ │ │ Акт формы Н-1 от │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ работодателя

│Р│ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

│А│ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

│Б│Дата начала работы │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │

│О│ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

│Т│ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐

│О│Страховой стаж: │ │ │ лет │ │ │ мес. в т.ч. нестраховые периоды: │ │ │ лет │ │ │ мес.

│Д│ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘

│А│ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

│Т│Причитается пособие за период: с │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ по │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │

│Е│ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

│Л│Средний заработок ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ Средний дневной ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

│Е│для исчисления пособия: │ │ │ │ │ │ │ │ р │ │ │ к. заработок │ │ │ │ │ │ │ р │ │ │ к.

│М│ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘

│ │Сумма пособия: за счет ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ за счет средств ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

│ │ средств │ │ │ │ │ │ │ р │ │ │ к. Фонда социального │ │ │ │ │ │ │ р │ │ │ к.

│ │ работодателя └─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘ страхования └─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘

│ │ Российской Федерации

│ │ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

│ │ИТОГО начислено │ │ │ │ │ │ │ р │ │ │ к.

│ │ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘

│ │ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │Фамилия и инициалы руководителя: │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

│ │ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

│ │ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

│ └─ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

│ │

└── ──┘

 линия отреза

│за- ├──────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

│пол-│ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

│ня- │ ┌─┐ ┌─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ││││││││││││││││││││││

│ет- │первичный │ │ дубликат │ │ продолжение листка N │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ││││││││││││││││││││││

│ся │ └─┘ └─┘ нетрудоспособности └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ 001 234 567 891

│вра-│ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│чом │Ф │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│и │ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ Дата выдачи

│ос- │ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ (фамилия, инициалы врача) ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

│та- │И │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │

│ет- │ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

│ся │ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│в │О │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ N истории болезни │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ме- │ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

│ди- │ (фамилия, имя и отчество нетрудоспособного)

│цин-├─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌────────────────────────┐

│ской│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ор- ├─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └────────────────────────┘

│га- │ (место работы - наименование организации) расписка получателя

│ни- │ ┌─┐ ┌─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│за- │Основное │ │ По совместительству │ │ N │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ции │ └─┘ └─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 Оборотная сторона