

Реестр  
сведений, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной  
нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия женщинам,  
вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности

Наименование страхователя

\_\_\_\_\_

Регистрационный номер страхователя \_\_\_\_\_

Код подчиненности \_\_\_\_\_

ИНН/КПП \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ОГРН (ОГРНИП) \_\_\_\_\_

Контактный номер телефона (с указанием кода)  
страхователя (уполномоченного представителя страхователя)

\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты страхователя  
(уполномоченного представителя страхователя)

\_\_\_\_\_



Документ, подтверждающий постоянное или временное проживание (пребывание) на территории Российской Федерации			Формат листа нетрудоспособности	Листок нетрудоспособности (электронный листок нетрудоспособности)		Причина нетрудоспособности	Уход за больным членом семьи, возраст, родственная (семейная) связь	Период нахождения в стационаре (в условиях дневного стационара) с больным ребенком	Период освобождения от работы
наименование документа	серия и номер	дата выдачи (продления)		номер	дата выдачи (формирования)				
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Дата выхода на работу	Дата регистрации документов в Бюро медико-социальной экспертизы (далее - бюро МСЭ)	Заключение бюро МСЭ (установлена или изменена группа инвалидности)	Справка о постановке на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности		Нарушение режима	Продолжительность страхового стажа	
			дата выдачи	номер		всего	в том числе нестраховые периоды
23	24	25	26	27	28	29	30

Срок действия трудового договора менее 6 месяцев	Условия исчисления пособий	Период простоя		Причитается пособие за период		Расчетный период		Сумма среднего заработка за расчетный период		Сведения о неполном рабочем времени (размер ставки)	Иная информация, влияющая на право получения пособия или исчисление его размера
		с	по	с	по	с	по	за 20__ год	за 20__ год		
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42

Способ выплаты	Реквизиты для перечисления пособия застрахованному лицу на банковский счет
----------------	--

	наименование Банка	номер счета	БИК	номер платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом
43	44	45	46	47

Реквизиты для получения пособия застрахованному лицу через иную организацию			
наименование иной организации	БИК	ИНН	адрес доставки пособия получателю
48	49	50	51