

Форма

В

(наименование территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации)

От

(полное наименование организации (обособленного подразделения)
индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого
индивидуальным предпринимателем)

**Заявление о возмещении расходов на выплату пособия по временной
нетрудоспособности**

Прошу в соответствии с пунктом 8 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2021 году застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2020 г. № 2375, возместить произведенные за счет собственных средств дополнительные расходы на выплату пособия по временной нетрудоспособности за первые 3 дня (в размере _____ руб. _____ коп.), обеспечение которых должно осуществляться за счет средств межбюджетных трансфертов из федерального бюджета, предоставляемых бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации.

Документы представил:

Должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем

(подпись)

(дата)

М.П.
(при наличии)

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

+								-				-				-			-		
---	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Адрес электронной почты
страхователя (уполномоченного
представителя) (при наличии)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации:

Документы принял:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)
работника территориального органа Фонда социального
страхования Российской Федерации)

(подпись)

(дата)