

(в ред. постановлений правления Фонда соцзащиты от 27.06.2016 № 7,  
от 21.02.2018 № 4)

Штамп

Дата, исходящий номер

регистрации

СПРАВКА

о выплаченных суммах пособий по временной нетрудоспособности  
для предъявления обратного требования (регресса) к причинителю вреда  
по \_\_\_\_\_  
(наименование работодателя)

№ п/п	Наименование причинителя вреда, адрес	Фамилия, имя, отчество получателя пособия, почтовый адрес	Сумма выплаченного пособия (рублей, с двумя знаками после запятой)	Период, за который выплачено пособие	Примечание
1	2	3	4	5	6

Руководитель \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Примечание. Справка представляется в течение 3 рабочих дней после выплаты пособия.