

Разом										

2. На поховання

№ з/п	П. І. Б.	Номер страхового свідоцтва	Надані документи	Розмір допомоги

II. Відмовити в призначенні (припинити виплату) допомоги:

Вид допомоги	П. І. Б.	Номер страхового свідоцтва	Серія, номер листка непрацездатності	Період непрацездатності з - по	Кількість днів, що не підлягають оплаті	Дата, з якої припиняється виплата допомоги	Причини відмови в призначенні допомоги (припинення виплати)
1. По тимчасовій непрацездатності							
2. По вагітності та пологах							
3. На поховання			x	x	x	x	

П. І. Б.

Підпис

Голова комісії
(уповноважений)
Заступник голови
Члени комісії:
