

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			х	х	х	х	

	П.І.Б.	Підпис
Голова комісії (уповноважений) Заступник голови	_____	_____
Члени комісії:	_____	_____
	_____	_____