

Приложение № 10
 к приказу Фонда социального
 страхования Российской Федерации
 от «24» 11 20 14 № 38
 Форма¹

Справка-расчет о размере оплаты отпуска

Фамилия застрахованного лица

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

Имя застрахованного лица

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

Отчество застрахованного лица

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

СНИЛС застрахованного лица

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

№ п/п	Месяц, учитываемый в расчете (в скобках указать год)	Фактически начисленная сумма заработка за данный месяц (руб.)	Количество дней по графику в данном месяце	Количество отработанных дней в данном месяце (всего)	Количество дней временной нетрудоспособности в данном месяце	Сумма, начисленная за период временной нетрудоспособности (руб.)	Количество дней ежегодного оплачиваемого отпуска в данном месяце	Сумма, начисленная за период данного отпуска в данном месяце (руб.)	Начисленные премии в данный месяц ²	Иное ³	Сумма ¹ (руб.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1											
2											
3											

¹Форма заполняется на русском языке печатными буквами чернилами черного цвета. Допускается использование гелевой, капиллярной, перьевой ручки. Допускается применение печатающих устройств. Записи не должны заходить за пределы граничек, предусмотренных для внесения соответствующих записей. По тексту формы отчество указывается при наличии.
²Указать вид премии и за какой период.
³Указать основания.

4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
Итого:																			
Сумма заработка всего (руб.)																			
Количество месяцев																			
Средний месячный заработок (руб.)																			
Среднее количество дней в месяце																			
Средний дневной заработок (руб.)																			
Количество дней отпуска																			
Сумма, подлежащая выплате за отпуск (руб.)																			

Руководитель (уполномоченный представитель) страхователя _____ (должность, Ф.И.О.) _____ (подпись)

Дата _____

М.П. (при наличии)