

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение -  
Тамбовское региональное отделение  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

проезд Новый, дом 1, г. Тамбов, 392000  
Тел. (4752) 577-020. Факс (4752) 577-021  
Электронный адрес: info@ro68.fss.ru

Руководителю медицинской  
организации

22.06.2019 № 01-18/6811-6810

на № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Просим довести до сотрудников, ответственных за работу с электронными листками нетрудоспособности (ЭЛН), следующую информацию:

для выдачи дубликата ЭЛН необходимо произвести аннулирование исходного (испорченного) ЭЛН. В случае, если исходный ЭЛН уже был запрошен и заполнен сведениями работодателя, для исключения двойной оплаты одного периода нетрудоспособности возможность самостоятельного аннулирования ЭЛН средствами медицинской организации ограничена.

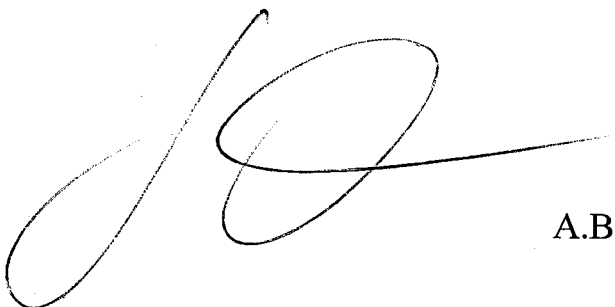
При возникновении такой ситуации ФСС РФ просит составлять заявку на аннулирование ЭЛН по предлагаемой форме, что предотвратит переплату по нему, и даст возможность медицинской организации оформить дубликат ЭЛН.

Для случаев, когда ЭЛН находится в стадии оформления медицинской организацией, или ЭЛН полностью оформлен, но не обработан работодателем пациента, аннулирование производится в штатном порядке без уведомления регионального отделения ФСС.

При выдаче бумажного дубликата для ЭЛН порядок действий аналогичен действиям, описанным выше.

Письмо направлять по адресу:  
392000, г. Тамбов, проезд Новый, дом 1  
Получатель: ГУ – Тамбовское РО ФСС РФ  
или E-mail: ELN@ro68.fss.ru  
Исполнитель: Уланова Римма Алексеевна  
Тел: +7 (4752) 577-072

Управляющий



А.В. Пилипенко

## Форма заявки на аннулирование ЭЛН

Управляющему ГУ – Тамбовским  
региональным отделением Фонда  
социального страхования РФ  
А.В. Пилипенко

Медицинская организация ..... просит ГУ – Тамбовское  
региональное отделение Фонда социального страхования РФ (392000, г.Тамбов, проезд  
Новый, дом 1 [eln@ro68.fss.ru](mailto:eln@ro68.fss.ru)) аннулировать:

-ЭЛН № ... ..

для пациента:

-дата рождения ... ..

Причина аннулирования: .....

Контактные данные должностного лица медицинской организации:

- ФИО

- контактный телефон

Главный врач

(ФИО)

(подпись)