

Додаток 2

до Порядку надсилання повідомлення
про виявлені порушення, вимоги про
компенсацію суми страхової виплати за
листком непрацездатності,
сформованим на підставі
необґрунтованого медичного висновку
про тимчасову непрацездатність
(пункт 4)

Вимога

**про компенсацію суми страхової виплати за листком непрацездатності,
сформованим на підставі необґрунтованого медичного висновку про
тимчасову непрацездатність**

від _____ 20____ року № _____

За результатами перевірки обґрунтованості видачі та продовження листка
непрацездатності, виданого _____

(найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи –
підприємця, яка має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

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

(ідентифікаційний код в Єдиному державному реєстрі підприємств та організацій України / реєстраційний номер
облікової картки платника податків (крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття
реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган
і мають відмітку у паспорті громадянина України (далі – паспорт) або серія (за наявності) та номер паспорта
фізичної особи)

(адреса місцезнаходження закладу охорони здоров'я або адреса задекларованого / зареєстрованого місця
проживання (перебування) фізичної особи – підприємця, яка має ліцензію на провадження господарської
діяльності з медичної практики)

встановлено, що за листком непрацездатності № _____,
сформованим на підставі необґрунтованого медичного висновку про тимчасову
непрацездатність (довідка про перевірку обґрунтованості видачі та продовження листків
непрацездатності від _____ 20____ року № _____,
повідомлення про виявлені порушення від _____ 20____ року
№ _____), призначено та здійснено страхові виплати у сумі
_____ грн _____ коп. (_____
_____).

(сума прописом)

Відповідно до статті 28 Закону України “Про загальнообов’язкове державне соціальне
страхування” (далі – Закон) Головне управління Пенсійного фонду України в(у)



Хижняк Владислава Олександрівна

Дата та час підписання: 25.02.2026 18:49:20

КНЕДП ДПС

05944F94F07AE381F2D10A497B06BDF2DAAD7FD7EC35D831A5DBDD0178CFA7100

Період дії сертифікату: з 15.07.2025 15:20:14 по 15.07.2027 15:20:14

Пенсійний фонд України



25.02.2026 67/08-16

1. **ВИМАГАЄ** сплатити заборгованість у сумі:

Загальна сума боргу (грн, коп.)	у тому числі		
	сума компенсації страхової виплати (грн, коп.)	сума пені в розмірі 0,1 відсотка*	
		кількість днів прострочення*	сума нарахованої пені (грн, коп.)*
1	2	3	4

* Графи 3, 4 заповнюються після сплати суми компенсації страхової виплати для стягнення нарахованої пені в розмірі 0,1 відсотка суми компенсованої страхової виплати, розрахованої за кожний день прострочення платежу, починаючи з дня, що припадає на закінчення десятиденного строку сплати, до дня сплати включно, при цьому графа 2 не заповнюється.

Сума компенсації страхової виплати сплачена _____ 20__ року (платіжна інструкція від _____ 20__ року № _____).

2. Сума, зазначена у вимозі, підлягає сплаті на рахунок територіального органу Пенсійного фонду України протягом десяти календарних днів з дня надходження цієї вимоги за такими реквізитами:

Отримувач: _____
 Код отримувача: _____
 Рахунок отримувача: _____
 Код ID НБУ: _____
 Надавач платіжних послуг
 отримувача: _____
 Призначення платежу: _____

3. У разі несплати суми, зазначеної в пункті 1 вимоги, ця вимога передається до органу державної виконавчої служби для стягнення в примусовому порядку протягом трьох місяців з дати, зазначеної в пункті 4 вимоги.

4. Дата набрання чинності цієї вимоги _____.

5. Ця вимога може бути оскаржена протягом десяти календарних днів з дня її отримання до керівника територіального органу Пенсійного фонду України, уповноважена посадова особа якого підписала цю вимогу (до начальника Головного управління Пенсійного фонду України в(у) _____, за адресою: _____).

У разі, якщо вимога підписана керівником територіального органу Пенсійного фонду України, вона може бути оскаржена в адміністративному порядку до Пенсійного фонду України (вул. Бастіонна, буд. 9, м. Київ-14, 01601) через адміністративний орган, що сформував та надіслав вимогу (Головне управління Пенсійного фонду України в(у) _____).

(адреса місцезнаходження територіального органу Пенсійного фонду України)

), та/або в судовому порядку.

6. Заклад охорони здоров'я або фізична особа – підприємець, яка отримала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, у разі сплати компенсації суми страхової виплати за листком непрацездатності, сформованим на підставі необґрунтованого медичного висновку про тимчасову непрацездатність, мають право зворотної вимоги (регресу) до лікаря, який сформував необґрунтований медичний висновок про тимчасову непрацездатність, у визначеному ними розмірі, але не більше розміру сплаченої суми компенсації страхової виплати за таким листком непрацездатності.

**Найменування посади
керівника / уповноваженої особи
територіального органу
Пенсійного фонду України**

підпис

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ
