

от 14 марта 2022 г № 80

Форма 4 - ФСС

Регистрационный номер страхователя

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

Код подчиненности

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

**РАСЧЕТ**  
**по начисленным и уплаченным страховым взносам**  
**на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

Номер корректировки 

--	--	--

Расчетный (отчетный) период (код) 

--	--

Календарный год 

--	--	--	--

(000 - исходная, 001 - номер корректировки)

(03 - 1 кв; 06 - полугодие; 09 - 9 месяцев; 12 - год)

Прекращение деятельности 

--

(Полное или сокращенное (при наличии) наименование организации, обособленного подразделения/фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

ИНН 

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

Код по ОКВЭД 

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

КПП 

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

Бюджетная организация: 

--

ОГРН (ОГРНИП) 

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

- 1 - Федеральный бюджет
- 2 - Бюджет субъекта Российской Федерации
- 3 - Бюджет муниципального образования
- 4 - Смешанное финансирование

Номер контактного телефона 

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

почтовый индекс Адрес регистрации

субъект 

--

район 

--

город 

--

улица 

--

дом 

--

 корпус (строение) 

--

 квартира (офис) 

--

Численность физических лиц, в пользу которых производится выплаты и иные вознаграждения 

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

Среднесписочная численность работников 

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

Численность работающих инвалидов 

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

Расчет представлен на 

--	--	--

 стр.

Численность работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами 

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

с приложением подтверждающих документов или их копий на 

--	--	--

 листах

Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем расчете, подтверждаю

- |  |
|--|
|  |
|--|

 1 - страхователь  

--

 2 - представитель страхователя  

--

 3 - правопредсменник

Заполняется работником территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации  
Сведения о представлении расчета

Настоящий расчет представлен (код) 

--	--

с приложением подтверждающих документов или их копий на 

--	--	--

 листах

--

(Фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации, индивидуального предпринимателя, физического лица, представителя страхователя)

Подпись \_\_\_\_\_ Дата 

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

 м.п.

Дата представления расчета 

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

Документ, подтверждающий полномочия представителя

--

(Фамилия, имя, отчество (при наличии))

(Подпись)

Регистрационный номер  
страхователя

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

стр.

--	--	--	--

Код подчиненности

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

Таблица 1

## РАСЧЕТ СУММ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

( руб.коп.)

Наименование показателя	Код строки	Всего с начала расчетного периода	В том числе за последние три месяца отчетного периода		
			1 месяц	2 месяц	3 месяц
1	2	3	4	5	6
Сумма выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу физических лиц в соответствии со статьей 20 <sup>1</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний"	1				
Сумма, не подлежащая обложению страховыми взносами в соответствии со статьей 20 <sup>2</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний"	2				
База для исчисления страховых взносов (стр. 1 - стр. 2 )	3				
из них: сумма выплат в пользу работающих инвалидов	4				
Размер страхового тарифа в соответствии с классом профессионального риска (%)	5				
Скидка к страховому тарифу (%)	6				
Надбавка к страховому тарифу (%)	7				
Размер страхового тарифа с учетом скидки (надбавки) (%) (заполняется с тремя десятичными знаками после запятой)*	8				
Исчислено страховых взносов	9				

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

(Дата)





Регистрационный номер  
страхователя

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

стр. 

--	--	--

Код подчиненности

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

Таблица 3

**ЧИСЛЕННОСТЬ ПОСТРАДАВШИХ (ЗАСТРАХОВАННЫХ) В СВЯЗИ  
СО СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ В ОТЧЕТНОМ ПЕРИОДЕ**

Наименование показателя	Код строки	Численность пострадавших человек
1	2	3
По несчастным случаям, всего	1	
из них:		
со смертельным исходом	2	
По профессиональным заболеваниям	3	
Всего пострадавших (сумма строк 1, 3)	4	
в том числе: пострадавших (застрахованных) по случаям, закончившимся только временной нетрудоспособностью	5	

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Дата)

Регистрационный  
номер страхователя

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

стр.

--	--	--

Код подчиненности

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

Таблица 4

**СВЕДЕНИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОВЕДЕННОЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ УСЛОВИЙ ТРУДА И ПРОВЕДЕННЫХ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ  
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ РАБОТНИКОВ НА НАЧАЛО ГОДА**

Наименование показателя	Код строки	Общее количество рабочих мест страхователя	Количество рабочих мест, в отношении которых проведена специальная оценка условий труда								Общая численность работников, подлежащих обязательным предварительным и периодическим медицинским осмотрам (чел.)	Численность работников, прошедших обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (чел.)		
			всего	в том числе отнесенных к классам (подклассам) условий труда										
				1 класс	2 класс	3 класс				4 класс				
						3.1	3.2	3.3	3.4					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Проведение специальной оценки условий труда	1										X	X		
Проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников	2	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Дата)