

Представляется на бумажном носителе не позднее 20-го числа календарного месяца, следующего за отчетным периодом, в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации*

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, а также по расходам на выплату страхового обеспечения

Номер корректировки (000 — исходная, 001 — номер корректировки) Отчетный период (код) / Календарный год
(03 — 1 кв.; 06 — полугодие; 09 — 9 месяцев; 12 — год/при обращении за выделением средств на выплату страхового обеспечения) Прекращение деятельности

(Полное наименование организации, обособленного подразделения/Ф. И. О. (последнее при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

ИНН Код по ОКВЭД . .
КПП
ОГРН (ОГРНИП)
Номер контактного телефона

почтовый индекс Адрес регистрации
субъект
район
город
улица
дом корпус (строение) квартира (офис)

Среднесписочная численность работников Расчет представлен на стр.
Численность работающих инвалидов с приложением подтверждающих листах
Численность работников, занятых на документах или их копий на
работах с вредными и (или) опасными производственными факторами

Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем расчете, подтверждаю

- 1 — страхователь
 2 — представитель страхователя
 3 — правопреемник

(Ф. И. О. (последнее при наличии) руководителя организации, индивидуального предпринимателя, физического лица, представителя страхователя)

Подпись _____ Дата . .
М. П.

Документ, подтверждающий полномочия представителя

Заполняется работником территориального органа Фонда

Сведения о представлении расчета

Данный расчет представлен (код)

с приложением подтверждающих листах документов или их копий на

Дата представления расчета** . .

(Ф. И. О. (последнее при наличии))

(Подпись)

* Далее — территориальный орган Фонда.

** Указывается дата представления расчета лично или через представителя страхователя, при отправке по почте — дата отправки почтового отправления с описью вложения.

Регистрационный номер страхователя

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

стр.

--	--	--

Код подчиненности

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

**РАСЧЕТ ПО НАЧИСЛЕННЫМ, УПЛАЧЕННЫМ СТРАХОВЫМ ВЗНОСАМ
НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ
НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Таблица 1

РАСЧЕТ БАЗЫ ДЛЯ НАЧИСЛЕНИЯ 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
Суммы выплат и иных вознаграждений начисленных в пользу физических лиц в соответствии со статьей 20.1 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ	1				
Суммы, не подлежащие обложению страховыми взносами в соответствии со статьей 20.2 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ	2				
Итого база для начисления 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				
Дата установления надбавки	8				
Размер страхового тарифа с учетом скидки (надбавки) (%) (заполняется с двумя десятичными знаками после запятой)	9				

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

(Дата)

Регистрационный номер страхователя

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

стр.

--	--	--

Код подчиненности

--	--	--	--	--

Таблица 1.1

**СВЕДЕНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИСЧИСЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ СТРАХОВАТЕЛЯМИ, УКАЗАННЫМИ В ПУНКТЕ 2¹ СТАТЬИ 22
ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 24 ИЮЛЯ 1998 г. № 125-ФЗ**

№ п/п	Принимающая организация			Численность временно направленных работников	всего с начала расчетного периода	в т. ч. инвалиды	База для начисления страховых взносов						Размер страхового тарифа в соответствии с классом професси- онального риска (%)	Размер страхового тарифа с учетом скидки (надбавки) (%) (заполняется с двумя десятичными знаками после запятой)
	Регистрационный номер в территориальном органе Фонда	ИНН	ОКВЭД				в том числе за последние три месяца отчетного периода							
							1 месяц		2 месяц		3 месяц			
							всего	в т. ч. инвалиды	всего	в т. ч. инвалиды	всего	в т. ч. инвалиды		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

(Дата)

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

--	--	--	--

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

РАСЧЕТЫ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ СОЦИАЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

(руб. коп.)

Наименование показателя		Код строки	Сумма
1		2	3
Задолженность за страхователем на начало расчетного периода		1	
Начислено к уплате страховых взносов		2	
на начало отчетного периода			
за последние три месяца отчетного периода			
1 месяц			
2 месяц			
3 месяц			
Начислено взносов по результатам проверок		3	
Не принято к зачету расходов территориальным органом Фонда за прошлые расчетные периоды		4	
Начислено взносов страхователем за прошлые расчетные периоды		5	
Получено от территориального органа Фонда на банковский счет		6	
Возврат (зачет) сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов		7	
Всего (сумма строк 1+2+3+4+5+6+7)		8	
Задолженность за территориальным органом Фонда на конец отчетного (расчетного) периода		9	
в том числе	за счет превышения расходов	10	
	за счет переплаты страховых взносов	11	

Наименование показателя		Код строки	Сумма
1		2	3
Задолженность за территориальным органом Фонда на начало расчетного периода		12	
в том числе	за счет превышения расходов	13	
	за счет переплаты страховых взносов	14	
Расходы по обязательному социальному страхованию		15	
на начало отчетного периода			
за последние три месяца отчетного периода			
1 месяц			
2 месяц			
3 месяц			
Уплачено страховых взносов		16	
на начало отчетного периода			
в последние три месяца отчетного периода (дата, № платежного поручения)			
Списанная сумма задолженности страхователя		17	
Всего (сумма строк 12+15+16+17)		18	
Задолженность за страхователем на конец отчетного (расчетного) периода		19	
в том числе:		20	
недоимка			

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

(Дата)

Регистрационный номер страхователя

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

стр.

--	--	--

Код подчиненности

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

Таблица 3

**РАСХОДЫ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ
НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

(руб. коп.)

Наименование статей расходов	Код строки	Количество дней	Сумма
1	2	3	4
Пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастными случаями на производстве, всего	1		
из них:			
по внешнему совместительству	2		
пострадавшим в другой организации	3		
Пособия по временной нетрудоспособности в связи с профессиональными заболеваниями, всего	4		
из них:			
по внешнему совместительству	5		
пострадавшим в другой организации	6		
Оплата отпуска для санаторно-курортного лечения застрахованным (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации)	7		
из них:			
пострадавшим в другой организации	8		
Финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профзаболеваний	9	X	
Всего расходов (сумма строк 1, 4, 7, 9)	10	X	
Справочно: начисленные и невыплаченные пособия	11	X	

Таблица 4

**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 5

**СВЕДЕНИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОВЕДЕННОЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ УСЛОВИЙ ТРУДА
(РЕЗУЛЬТАТАХ АТТЕСТАЦИИ РАБОЧИХ МЕСТ ПО УСЛОВИЯМ ТРУДА)* И ПРОВЕДЕННЫХ
ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ
РАБОТНИКОВ НА НАЧАЛО ГОДА**

Наименование показателя	Код строки	Общее количество рабочих мест страхователя	Количество рабочих мест, в отношении условий труда на которых проведена специальная оценка условий труда на начало года			Общее число работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, подлежащих обязательным предварительным и периодическим осмотрам (чел.)	Количество работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, прошедших обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры на начало года (чел.)
			всего	в том числе отнесенных к вредным и опасным условиям труда			
				3 класс	4 класс		
1	2	3	4	5	6	7	8
Проведение специальной оценки условий труда (аттестации рабочих мест по условиям труда)*	1					X	X
Проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников	2	X	X	X	X		

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

(Дата)

* В соответствии со статьей 27 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 52, ст. 6991; 2014, № 26, ст. 3366; 2015, № 29, ст. 4342; 2016, № 18, ст. 2512).