Форма

Заявление о снятии с регистрационного учета  
в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации  
лица, добровольно вступившего в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

В

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Прошу снять с регистрационного учета

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (фамилия) |  | (имя) |  | (отчество) |

Адрес места жительства:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (почтовый индекс) | (государство) | (субъект Российской Федерации) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (город) | (улица/переулок/проспект) | (дом) | (корпус) | (квартира) |

Регистрационный номер страхователя

Подпись заявителя

Дата

(число, месяц (прописью), год)