

РЕГЛАМЕНТ информационного обмена сведениями о прикреплении застрахованных граждан к медицинским организациям

Сведения о прикреплении застрахованных граждан к медицинским организациям передаются по защищенным каналам связи (по сети VipNet), с соблюдением требований законодательства Российской Федерации по защите персональных данных.

Сведения направляются в файле формата XML с кодовой страницей Windows-1251.

Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP. Имя файла формируется по следующему принципу:

XXP_iN_iP_pN_p_YYMMN.XML, где

XX – буквенная комбинация, обозначающая тип передаваемых данных:

AM – файл от медицинской организации в страховую медицинскую организацию со сведениями о прикреплении граждан;

AR – файл от страховой медицинской организации в медицинские организации и территориальный фонд ОМС с результатами обработки сведений о прикреплении;

AS – файл от страховой медицинской организации в медицинскую организацию со сведениями об откреплении граждан.

PR – протокол форматно-логического контроля.

P_i – Параметр, определяющий организацию-источник:

S – СМО;

M – МО;

T – ТФОМС.

N_i – Номер источника (реестровый номер СМО или МО).

P_p – Параметр, определяющий организацию -получателя:

S – СМО;

M – МО;

T – ТФОМС.

N_p – Номер получателя (реестровый номер СМО или МО).

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

ММ – порядковый номер месяца отчетного периода:

N – порядковый номер пакета. Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде.

Порядок заполнения файла

В столбце «Обяз» указана обязательность содержимого элемента (реквизита), один из символов - О, Н, У, а также М. Символы имеют следующий смысл:

О – обязательный реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе;

Н – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии не передается.

У – условно-обязательный реквизит. При отсутствии не передается.

М - реквизит, определяющий множественность данных, может добавляться к указанным выше символам.

В столбце «Формат» для каждого элемента указывается – символ формата, а вслед за ним в круглых скобках – максимальная длина содержащегося в элементе значения.

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

Char – <текст>;

Num – <число>;

Date – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

Bin – <бинарные данные> в формате Base64.

S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно;

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента.

Следует учитывать, что некоторые символы в файлах формата XML кодируются следующим образом:

Символ	Способ кодирования
двойная кавычка (")	";
одинарная кавычка (')	';
левая угловая скобка (<)	<;
правая угловая скобка (>)	>;
амперсant ("&")	&;

Форматно – логический контроль.

При осуществлении информационного обмена на программных средствах организации–получателя производится автоматизированный форматно-логический контроль (ФЛК):

- соответствия имени архивного файла пакета данных отправителю и отчетному периоду;
- возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;
- наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;
- отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету информационного обмена;
- соответствия структуры файла установленным требованиям;
- заполнение всех обязательных реквизитов;
- соответствие реквизитов допустимым значениям.

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Структура файла приведена в Таблице 5.

Организация-отправитель, получив в ответ на отправленную информационную посылку протокол ФЛК, выполняет корректировку информации и осуществляет повторную выгрузку информации только по застрахованным лицам с исправленными сведениями.

Информационный обмен сведениями о прикреплении граждан

После получения заявления гражданина о выборе или замене медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, медицинская организация, принявшая заявление, в течение двух рабочих дней направляет информационное сообщение в страховую медицинскую организацию, в которой гражданин застрахован по обязательному медицинскому страхованию, и в медицинскую организацию, в которой гражданин находился на обслуживании на момент подачи заявления. Формат сообщения приведен в Таблице 1.

Страховая медицинская организация в течение двух рабочих дней с момента получения от медицинской организации информационного сообщения проводит проверку отсутствия основания для отказа застрахованному гражданину в праве выбора медицинской организации, вносит соответствующие изменения в регистр застрахованных и направляет соответствующие информационные сообщения.

При отсутствии оснований для отказа в праве выбора медицинской организации страховая медицинская организация вносит сведения о выборе или замене медицинской организации в регистр застрахованных и направляет информационные сообщения со сведениями о выборе или замене медицинской организации:

- в медицинскую организацию, принявшую заявление гражданина (формат сообщения приведен в Таблице 2);
- в медицинскую организацию, в которой гражданин находился на обслуживании на момент подачи заявления (формат сообщения приведен в Таблице 3);

- в территориальный фонд обязательного медицинского страхования (формат сообщения приведен в Таблице 4).

В случае наличия оснований для отказа в праве выбора медицинской организации, изменения в регистр застрахованных не вносятся, информационное сообщение направляется только в медицинскую организацию, принявшую заявление.

Страховая медицинская организация для идентификации гражданина при поиске в регистре застрахованных использует следующие наборы атрибутов:

- {фамилия}, {имя}, {отчество}, {дата рождения}, {код типа документа, подтверждающего факт страхования по ОМС }, {серия и номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС };

- {фамилия}, {имя}, {отчество}, {дата рождения}, {код типа документа, удостоверяющего личность}, {номер или серия и номер документа, удостоверяющего личность};

- {фамилия}, {имя}, {отчество}, {место рождения}, {код типа документа, удостоверяющего личность}, {номер или серия и номер документа, удостоверяющего личность};

- {фамилия}, {имя}, {отчество}, {дата рождения}, {СНИЛС};

- {имя}, {отчество}, {дата рождения}, {место рождения}, {СНИЛС}.

Набор атрибутов составляется только в том случае, если все входящие в него атрибуты имеют непустые значения. Исключением является отчество гражданина: если из всего набора атрибутов отсутствует только отчество, то такой набор составляется, а вместо отчества в него вставляется пустая строка.

В качестве номера документа, подтверждающего факт страхования по ОМС, может использоваться единый номер полиса (ЕНП). В таком случае в качестве кода документа указывается 19.

Тип документа, удостоверяющего личность, а также тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС, кодируются в соответствии с классификаторами F008 и F011*.

В том случае, если совпал хотя бы один набор данных, гражданин считается идентифицированным, информационное сообщение должно быть обработано страховой медицинской организацией. Несовпадение в остальных наборах данных не может служить основанием для отказа в обработке информационного сообщения.

Ответное информационное сообщение от страховой медицинской организации также содержать актуальные данные о страховом медицинском полисе застрахованного гражданина, за исключением тех

* Здесь и далее ссылка на справочники и классификаторы, описанные в «Общих принципах построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденных приказом ФФОМС от 07.04.2011 N 79 (ред. от 22.08.2011) (далее – «Общие принципы»)

случаев, когда гражданин не идентифицирован или застрахован другой страховой медицинской организацией.

По мере получения страховой медицинской организацией от территориального фонда обязательного медицинского страхования сведений о прекращении страхования граждан в связи со сменой региона проживания или в связи со смертью, страховая медицинская организация направляет информационные сообщения о прекращении страхования в медицинские организации, выбранные данными гражданами. Структура файла должна соответствовать Таблице 3.

Таблица 1. Структура файла от медицинской организации в страховую медицинскую организацию

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент						
OPLIST	VERS	Char	5	O	Номер версии	Текущей редакции соответствует значение "1.0".
	FILENAME	Char	24	O	Имя файла	Без расширения.
	MCODE	Char	6	O	Реестровый номер МО - отправителя	
	NRECORDS	Num	7	O	Количество записей	
	OP	S		OM	Записи	Содержит передаваемые сведения о прикреплении застрахованных.
Записи						
OP	N_REC	Char	36	O	Уникальный идентификатор записи в обменном файле	Служит для сопоставления записи в пакете и ответе.
	PERSON	S		O	Данные о застрахованном лице	
	ADDRES_G	S		O	Адрес места регистрации	
	ADDRES_P	S		O	Адрес места жительства	
	VIZIT	S		O	Обращение застрахованного лица	Сведения об обращении застрахованного лица
Данные о застрахованном лице						
PERSON	FAM	Char	40	O	Фамилия 3Л	Фамилия, имя,

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
	IM	Char	40	O	Имя ЗЛ	отчество указываются в том виде, в котором они записаны в предъявленном документе, удостоверяющем личность. В случае отсутствия отчества в документе, удостоверяющем личность, указывается «нет».
	OT	Char	40	O	Отчество ЗЛ	
	W	Num	1	O	Пол ЗЛ	1 – мужской, 2 – женский.
	DR	Date		O	Дата рождения ЗЛ	Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным "01". Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным "01" (январь).
	ENP	Num	16	Y	Действующий Единый номер полиса ОМС	Указывается при наличии
	SMOCODE	Char	5	O	Реестровый номер страховой медицинской организации, в которой застраховано ЗЛ	
	VPOLIS	Num	1	O	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с классификатором F008
	NPOLIS	Char	20	O	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полиса единого образца в поле «серия и номер» указывается номер бланка полиса.
	SPOLIS	Char	10	Y	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Указывается только в тех случаях, когда присутствует в документе, подтверждающем

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
						факт страхования по ОМС.
	DOCTYPE	Char	2	O	Тип документа, удостоверяющего личность	Заполняется в соответствии с F011 («Общие принципы»).
	DOC SER	Char	10	Y	Серия документа	Серия документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов. Не указывается только в случае отсутствия.
	DOCNUM	Char	20	O	Номер документа	Номер документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов.
	C_OKSM	Char	3	Y	Гражданство ЗЛ	Трёхбуквенный код страны по классификатору ОКСМ. (код ALFA3 классификатора O002 «Общих принципов»). Для лиц без гражданства – значение «Б/Г». Для лиц, гражданство которых неизвестно, значение не указывается.
	SS	Char	14	Y	СНИЛС застрахованного лица	СНИЛС с разделителями
	PHONE	Char	40	Y	Телефон	Контактная информация застрахованного лица.
	EMAIL	Char	50	Y	Адрес электронной почты	Контактная информация застрахованного лица.
	FIOPR	Char	130	Y	ФИО представителя	Заполняется в случае наличия представителя.
	CONTACT	Char	200	Y	Контакты представителя	Заполняется в случае наличия представителя.
	MR	Char	100	Y	Место рождения застрахованного	Место рождения указывается в том

[illegible]

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
ADDRES_P	SUBJ	Char	5	У	Код региона РФ места жительства	Код ОКАТО по классификатору субъектов F010 («Общие принципы»).
	INDX	Char	6	У	Почтовый индекс места жительства	
	OKATO	Char	11	У	Код места жительства по справочнику ОКАТО	Код по классификатору ОКАТО.
	RNNAME	Char	80	У	Район места жительства (наименование)	
	NPNAME	Char	80	У	Наименование населенного пункта	Наименования улиц, номера домов и квартир не заполняются в случае их фактического отсутствия в данных адреса проживания.
	UL	Char	80	У	Наименование улицы места жительства	
	DOM	Char	7	У	Номер дома места жительства	
	KORP	Char	6	У	Номер корпуса места жительства	
	KV	Char	6	У	Номер квартиры места жительства	
Обращение застрахованного лица						
VIZIT	DVIZIT	Date		О	Дата обращения ЗЛ (его представителя)	Дата заявления (заявлений).
	RVIZIT	Num	1	О	Причина выбора/замены МО	1 - выбор МО в соответствии с правом выбора; 2 - замена МО в связи со сменой места жительства. 3 – прикрепление по территориально – участковому принципу
	MCODE2	Char	6	О	Реестровый номер МО, к которой ЗЛ прикреплено на момент подачи заявления	
	COMMENT	Char	250	НМ	Комментарий	
						Указывается при необходимости добавления пояснения.

Таблица 2. Структура ответного файла от страховой медицинской организации в медицинскую организацию, направившую информационный файл

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент						
REPLIST	VERS	Char	5	O	Номер версии	Текущей редакции соответствует значение "2.0".
	FILENAME	Char	24	O	Имя файла	
	MCODE	Char	5	O	Реестровый номер медицинской организации, направившей исходный файл	
	NRECORDS	Num	7	O	Число записей всего	
	NERR	Num	7	O	Число записей с ошибками ФЛК	
	REP	S		OM	Записи с ответами СМО	
Записи с ответами СМО						
REP	N_REC	Char	36	O	Уникальный идентификатор записи в обменном файле	Служит для сопоставления записи в пакете с изменениями МО и ответе СМО.
	ATT_REZ	Num	1	O	Результат обработки записи о прикреплении	1 – 3Л прикреплено к МО; 2 – в прикреплении отказано.
	ATT_DATE	Date		YO	Дата прикреплении	
	REASON	Num	1	YO	Причина отказа в прикреплении	Указывается при отказе в прикреплении. 1 – указанное лицо не идентифицировано или не является застрахованным данной СМО; 2 – указанное лицо не может быть прикреплено к данной МО.
	MCODE2	Char	5	YO	Реестровый номер	При отказе в

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
					медицинской организации, к которой прикреплено ЗЛ	прикреплении, указывается МО, к которой фактически
	DATTACH2	Date		УО	Дата прикрепления ЗЛ	прикреплено ЗЛ, и дата фактического прикрепления.
	COMMENT	Char	250	НМ	Комментарий к результату обработки	Указывается при необходимости добавления пояснения к результату обработки.

Таблица 3. Структура файла от страховой медицинской организации в медицинскую организацию со сведениями об откреплении граждан

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент						
OPLIST	VERS	Char	5	O	Номер версии	Текущей редакции соответствует значение "1.0".
	FILENAME	Char	24	O	Имя файла	Без расширения.
	SMOCODE	Char	5	O	Реестровый номер СМО - отправителя	
	MCODE	Char	6	O	Реестровый номер МО-получателя	
	NRECORDS	Num	7	O	Количество записей	
	OP	S		OM	Записи	Содержит передаваемые сведения об откреплении застрахованных.
Записи						
OP	N_REC	Char	36	O	Уникальный идентификатор записи в обменном файле	Служит для сопоставления записи в пакете и ответе.
	PERSON	S		O	Данные о застрахованном лице	
	ADDRES_G	S		O	Адрес места регистрации	
	ADDRES_P	S		O	Адрес места жительства	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
	DETACH	S		O	Открепление застрахованного лица	Сведения об откреплении застрахованного лица
Данные о застрахованном лице						
PERSON	FAM	Char	40	O	Фамилия ЗЛ	Фамилия, имя, отчество указываются в том виде, в котором они записаны в предъявленном документе, удостоверяющем личность. В случае отсутствия отчества в документе, удостоверяющем личность, указывается «нет».
	IM	Char	40	O	Имя ЗЛ	
	OT	Char	40	O	Отчество ЗЛ	
	W	Num	1	O	Пол ЗЛ	1 – мужской, 2 – женский.
	DR	Date		O	Дата рождения ЗЛ	Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным "01". Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным "01" (январь).
	ENP	Num	16	Y	Действующий Единый номер полиса ОМС	Указывается при наличии
	VPOLIS	Num	1	O	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с классификатором F008
	NPOLIS	Char	20	O	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полиса единого образца в поле «серия и номер» указывается номер бланка полиса.
	SPOLIS	Char	10	Y	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Указывается только в тех случаях, когда присутствует в документе, подтверждающем

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
						факт страхования по ОМС.
	DOCTYPE	Char	2	O	Тип документа, удостоверяющего личность	Заполняется в соответствии с F011 («Общие принципы»).
	DOC SER	Char	10	Y	Серия документа	Серия документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов. Не указывается только в случае отсутствия.
	DOCNUM	Char	20	O	Номер документа	Номер документа, удостоверяющего личность. Формат согласно справочнику типов документов.
	C_OKSM	Char	3	Y	Гражданство ЗЛ	Трёхбуквенный код страны по классификатору ОКСМ. (код ALFA3 классификатора O002 «Общих принципов»). Для лиц без гражданства – значение «Б/Г». Для лиц, гражданство которых неизвестно, значение не указывается.
	SS	Char	14	Y	СНИЛС застрахованного лица	СНИЛС с разделителями
	PHONE	Char	40	Y	Телефон	Контактная информация застрахованного лица.
	EMAIL	Char	50	Y	Адрес электронной почты	Контактная информация застрахованного лица.
	FIOPR	Char	130	Y	ФИО представителя	Заполняется в случае наличия представителя.
	CONTACT	Char	200	Y	Контакты представителя	Заполняется в случае наличия представителя.
	MR	Char	100	Y	Место рождения застрахованного	Место рождения указывается в том

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
ADDRES_P	SUBJ	Char	5	У	Код региона РФ места жительства	Код ОКАТО по классификатору субъектов F010 («Общие принципы»).
	INDX	Char	6	У	Почтовый индекс места жительства	
	OKATO	Char	11	У	Код места жительства по справочнику ОКАТО	Код по классификатору ОКАТО.
	RNNAME	Char	80	У	Район места жительства (наименование)	
	NPNAME	Char	80	У	Наименование населенного пункта	Наименования улиц, номера домов и квартир не заполняются в случае их фактического отсутствия в данных адреса проживания.
	UL	Char	80	У	Наименование улицы места жительства	
	DOM	Char	7	У	Номер дома места жительства	
	KORP	Char	6	У	Номер корпуса места жительства	
	KV	Char	6	У	Номер квартиры места жительства	
Сведения об откреплении застрахованного лица						
DETACH	D_DATE	Date		О	Дата открепления ЗЛ	
	D_REASON	Num	1	О	Причина открепления	1 - выбор МО в соответствии с правом выбора; 2 - замена МО в связи со сменой места жительства; 3 – смена региона проживания; 4 – смерть ЗЛ; 5 – выявление дубликата; 6 – прочие причины.
	MCODE2	Char	6	О	Реестровый номер МО, к которой ЗЛ прикреплено	Указывается при необходимости добавления пояснения.
	COMMENT	Char	250	НМ	Комментарий	

Информационный обмен сведениями о прикреплении между страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом обязательного медицинского страхования

Страховая медицинская организация передает в территориальный фонд обязательного медицинского страхования сведения о прикреплении граждан к медицинским организациям ежедневно при наличии изменений.

Сведения о прикреплении передаются в файле формата .csv, кодировка Windows-1251. Допускается разбивать файл большого объема на несколько частей и каждую часть передавать в виде отдельного файла.

Строки файла должны отделяться друг от друга парой знаков «возврат каретки» и «перевод строки» (коды 1310 и 1010), следующих непосредственно друг за другом.

Файл не должен начинаться со знаков «возврат каретки» и «перевод строки» или заканчиваться этими знаками. Включение в файл пустых строк (повторение пар «возврат каретки» и «перевод строки» несколько раз непосредственно друг за другом) не допускается.

Каждая строка должна содержать значения атрибутов, перечисленных в Таблице 4.

При получении файла территориальный фонд ОМС проводит форматно-логический контроль. Дополнительный перечень ошибок форматно-логического контроля приведен в Таблице 7.

Таблица 4. Структура строки файла от СМО в ТФОМС

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле загрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
1.	Да	Код типа документа, подтверждающего факт страхования: П - Бумажный полис ОМС единого образца Э - Электронный полис ОМС единого образца В - Временное свидетельство С - Полис старого образца К - В составе УЭК	Тип_ДПФС	= 1	
2.	У	Номер полиса	ИД_полиса	≤ 35	Серия и номер полиса ОМС старого образца,

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
		ОМС			номер временного свидетельства или номер бланка полиса ОМС единого образца. Номер бланка полиса ОМС единого образца может не указываться.
3.	У	Единый номер полиса ОМС	ЕНП	= 16	Обязательно указывается для полисов ОМС единого образца
4.	Да	Фамилия застрахованного лица	Фамилия	≤ 50	
5.	Да	Имя застрахованного лица	Имя	≤ 50	
6.	Нет	Отчество застрахованного лица	Отчество	≤ 50	
7.	Да	Дата рождения застрахованного лица.	Дата_рождения	= 8	ГГГГММДД
8.	Нет	Место рождения застрахованного лица.	Место_рождения	≤ 100	
9.	У	Тип документа, удостоверяющего личность.	Тип_УДЛ	≤ 2	Для иногородних обязательно. .
10.	У	Номер или серия и номер документа, удостоверяющего личность.			Для иногородних обязательно
11.	Нет	Дата выдачи документа, удостоверяющего личность.	Дата_УДЛ	= 8	ГГГГММДД
12.	Нет	СНИЛС застрахованного лица.	СНИЛС	= 11	
13.	Да	Идентификатор СМО	ИД_СМО	= 6	Реестровый номер страховой медицинской организации

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле загрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
14.	Да	Способ прикрепления: 1 – по территориальному принципу; 2 – по заявлению.	Способ_прикрепления	= 1	
15.	Нет	Тип прикрепления	Тип_прикрепления	= 3	Зарезервированное поле.
16.	Нет	Дата прикрепления	Дата_прикрепления	= 8	ГГГГММДД При отсутствии данных о дате прикрепления дата не указывается.
17.	Нет	Дата открепления	Дата_открепления	= 8	ГГГГММДД При отсутствии данных о дате открепления дата не указывается.

Таблица 5. Структура файла с протоколом ФЛК

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
Корневой элемент						
FLK_P	VERS	Char	5	Н	Номер версии	Текущей редакции соответствует значение "1.0".
	FNAME	Char	24	О	Имя файла протокола	
	FNAME_I	Char	24	О	Имя исходного файла	
	PR	S		НМ	Причина отказа	В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках.
Причина отказа						
PR	OShib	Num	3	О	Код ошибки	В соответствии с классификатором ошибок (Таблица 6)
	IM_POL	Char	20	У	Имя поля	Имя поля, содержащего ошибку. Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Размер	Обяз	Наименование	Дополнительная информация
						целом.
	BAS_EL	Char	20	У	Имя базового элемента	Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка.
	N_REC	Char	36	У	Номер записи	Номер записи, в одном из полей которой обнаружена ошибка.
	COMMENT	Char	250	У	Комментарий	Описание ошибки

Таблица 6. Коды ошибок форматно-логического контроля

Код	Описание ошибки	Пояснение
901	Ошибочный порядок тегов	Нарушен порядок следования тегов, либо отсутствует обязательный тег.
902	Отсутствует обязательное поле	Отсутствует значение в обязательном теге.
903	Неверный тип данных	Заполненное поле содержит данные, не соответствующие его типу.
904	Неверный код	Значение не соответствует допустимому.
905	Дубль ключевого идентификатора	Уникальный код уже использовался в данном файле.

Таблица 7. Дополнительный перечень ошибок форматно-логического контроля

Код	Поле		Описание ошибки	Дополнительная проверка
	Номер	Имя столбца		
Ошибки в конкретных полях записи				
3	4	Фамилия	Отсутствует фамилия	Фамилия не указана.
4	5	Имя	Отсутствует имя	Имя не указано
5	4	Фамилия	Недопустимые знаки или сочетания знаков в фамилии	Фамилия, имя или отчество не удовлетворяет правилам ФЛК, принятым в ЕРЗ
6	5	Имя	Недопустимые знаки или сочетания знаков в имени	
7	6	Отчество	Недопустимые знаки или сочетания знаков в отчестве	
10	7	Дата_рождения	Не указана дата рождения	
11	7	Дата_рождения	Ошибка в дате рождения	Дата правилам ФЛК, принятым в ЕРЗ
93	8	Дата_рождения	Недопустимая дата рождения	Дата рождения больше даты выгрузки файла, указанной в

Код	Поле		Описание ошибки	Дополнительная проверка
	Номер	Имя столбца		
				названии файла.
240	8	Дата_рождения	Ошибка в месяце	Значение месяца не является числом от 1 до 12.
241	8	Дата_рождения	Ошибка в годе	В значении года встречаются знаки, отличные от цифр, либо получившееся число больше текущего года.
21	12	СНИЛС	Ошибка в значении СИНЛС	Указанное значение имеет неверную длину, либо содержит знаки, отличные от цифр.
22	12	СНИЛС	Ошибка в контрольном числе СНИЛС	Контрольное число (две последние цифры) СНИЛС вычислены с ошибкой.