

**О внесении изменений в приказ Министра
здравоохранения Республики Казахстан от 30 июня
2017 года № 478 "Об утверждении Правил и сроков
исчисления (удержания) и перечисления отчислений и
(или) взносов на обязательное социальное
медицинское страхование и Правил осуществления
возврата плательщикам излишне (ошибочно)
зачисленных сумм отчислений, взносов и (или) пени за
несвоевременную и (или) неполную уплату
отчислений и (или) взносов"**

Приказ, Изменения. Министерство здравоохранения Республики Казахстан (Образован Указом Президента РК от 25.01.2017 г. № 412; старое название: Министерство здравоохранения и социального развития РК; Комитет здравоохранения Минобразования, культуры и здравоохранения РК; Комитет здравоохранения Министерства здравоохранения, образования и спорта РК; Аген-во РК по делам здравоохран.). от 27.02.2021. № 153188. редакция от 27.02.2021

Текст

В соответствии с подпунктом 1) статьи 11 , подпунктом 2) пункта 1 статьи 17 и статьей 33 Закона Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года "Об обязательном социальном медицинском страховании" ПРИКАЗЫВАЮ:

Пункт 1

1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 июня 2017 года № 478 "Об утверждении Правил и сроков исчисления (удержания) и перечисления отчислений и (или) взносов на обязательное социальное медицинское страхование и Правил осуществления возврата плательщикам излишне (ошибочно) зачисленных сумм отчислений, взносов и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату отчислений и (или) взносов" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 15361, опубликован 3 августа 2017 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан) следующие изменения:

в Правилах и сроках исчисления (удержания) и перечисления отчислений и (или) взносов на обязательное социальное медицинское страхование, утвержденных указанным приказом:

подпункт 11) пункта 7 изложить в следующей редакции:

"11) неработающие кандасы;"

**Приложение приложение 4 к вышеуказанным Правилам изложить
согласно приложению 1 к настоящему приказу;**

Текст

в Правилах осуществления возврата плательщикам излишне (ошибочно) зачисленных сумм отчислений, взносов и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату отчислений и (или) взносов, утвержденных указанным приказом:

Текст

абзац третий подпункта 2) пункта 3 исключить;

Приложение приложение 1 к вышеуказанным Правилам изложить согласно приложению 2 к настоящему приказу.

Пункт 2

2. Департаменту координации обязательного социального медицинского страхования Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

Подпункт 1

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

Подпункт 2

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

Подпункт 3

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

Пункт 3

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

Пункт 4

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

| Министр здравоохранения Республики Казахстан | А. Цой |

|---|---|

| | Приложение 1 к приказу Министр здравоохранения Республики Казахстан от 27 февраля 2021 года № ҚР ДСМ-21 |

|---|---|

| | Приложение 4 к Правилам и срокам исчисления (удержания) и перечисления отчислений и (или) взносов на обязательное социальное медицинское страхование |

| | Форма |

Глава Заявка о потребности в бюджетных средствах в виде взносов государства на обязательное социальное медицинское страхование за лиц, освобожденных от уплаты взносов в фонд социального медицинского страхования на ____ 20__ года (на месяц) (по состоянию на _____ час., ____ мин., _____ дата)

Текст

Отчетный период 20__г. Индекс: потребность Периодичность: ежемесячно Круг лиц, представляющих заявку: НАО "Государственная корпорация "Правительство для граждан" Куда представляются: Министерство здравоохранения Республики Казахстан Срок представления: в течение трех рабочих дней со дня получения данных из информационной системы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан.

| Учреждение 226 | Программа 066 | Подпрограмма 102 | Специфика 351 | Вид выплат | Кол-во, чел | Размер взноса государства на обязательное социальное медицинское страхование, подлежащего уплате в фонд, % | Среднемесячная заработная плата, предшествующая двум годам текущего финансового года, определяемая уполномоченным органом в области государственной статистики, тенге | Сумма, тенге |

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

| Трансферты Фонду социального медицинского страхования в виде взносов государства на обязательное медицинское страхование за граждан Республики Казахстан, освобожденных от уплаты взносов в Фонд социального медицинского страхования | | | | |
| | |

| | | | | в том числе: | | | | |

| | | | | дети | | | | |

| | | | | лица, зарегистрированные в качестве безработных | | | | |

| | | | | неработающие беременные женщины | | | | |

| | | | | неработающее лицо (один из законных представителей ребенка), воспитывающее ребенка (детей) до достижения им (ими) возраста трех лет, за исключением лиц, предусмотренных подпунктом 5) настоящего пункта | | | | |

| | | | | лица, находящиеся в отпусках в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей), по уходу за ребенком (детьми) до достижения им (ими) возраста трех лет | | | | |

| | | | | неработающие лица, осуществляющие уход за ребенком-инвалидом | | | | |

| | | | | неработающее лицо, осуществляющее уход за инвалидом первой группы с детства | | | | |

| | | | | получатели пенсионных выплат, в том числе ветераны Великой Отечественной войны | | | | |

| | | | | лица, отбывающие наказание по приговору суда в учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы (за исключением учреждений минимальной безопасности) | | | |

| | | | | лица, содержащиеся в следственных изоляторах | | | |

| | | | | неработающие кандасы | | | |

| | | | | многодетные матери, награжденные подвесками "Алтын алқа", "Күміс алқа" или получившие ранее звание "Мать-героиня", а также награжденные орденами "Материнская слава" I и II степени | | | |

| | | | | инвалиды | | | |

| | | | | лица, обучающиеся по очной форме обучения в организациях среднего, технического и профессионального, послесреднего, высшего образования, а также послевузовского образования | | | |

| | | | | неработающие получатели государственной адресной социальной помощи | | | |

| | | | | Итого | | | |

Текст

Наименование: _____ Адрес
тел.

Адрес электронной почты

Фамилия и телефон исполнителя

Руководитель
(Ф.И.О.) (при наличии) Подпись _____ М.П. (при наличии)

| | Приложение 2 к приказу Министр здравоохранения Республики Казахстан от 27 февраля 2021 года № ҚР ДСМ-21 |

|---|---|

| | Приложение 1 к Правилам осуществления возврата плательщикам излишне (ошибочно) зачисленных сумм отчислений, взносов и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату отчислений и (или) взносов |

| | Форма |

| | Председателю Правления некоммерческого акционерного общества "Фонд социального медицинского страхования" _____ (указать фамилию, имя, отчество (при его наличии)) |

Глава Заявление

Текст

от _____ (наименование
плательщика отчислений и (или) (взносов), и (или) пени, или банком, организацией, осуществляющей отдельные виды банковских операций плательщика)

Текст

Прошу произвести возврат суммы излишне (ошибочно) уплаченных отчислений, взносов и (или) пени, перечисленных платежным поручением от "___" ___20___г. № ___, референс _____, общая сумма платежа _____, общая сумма возврата _____ на:

№ п/п	ИИН	Фамилия Имя Отчество (при его наличии)	Период	Уплаченная сумма	Сумма возврата
-------	-----	--	--------	------------------	----------------

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

1					
---	--	--	--	--	--

2					
---	--	--	--	--	--

3					
---	--	--	--	--	--

...					
-----	--	--	--	--	--

N					
---	--	--	--	--	--

Текст

Корректировка последующими платежами невозможна по причине (нужное отметить):

Текст

Возврат просим произвести (нужное отметить) по следующим реквизитам:

Текст

☐ на банковские реквизиты, указанные в платёжном поручении (документ);

Текст

☐ при смене банковского реквизита необходимо заполнять следующие реквизиты:

Текст

Наименование плательщика: _____

Текст

БИН (ИИН): _____

Текст

БИК плательщика: _____

Текст

Банк плательщика: _____

Текст

ИИК (IBAN) плательщика: _____ (20-ти значный номер банковского счета)

Приложение Приложение:

Подпункт 1

1) заявление о согласии на возврат сумм от физического лица, в пользу которого произведены взносы (при необходимости);

Подпункт 2

2) копия платежного документа либо документа, подтверждающего уплату отчислений и (или) взносов и (или) пени.

Руководитель _____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии) (подпись)

Главный бухгалтер (при наличии) _____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии) (подпись)

Место печати (при наличии)

Примечание: заявление заполняется на бланке и заверяется печатью (факсимильная подпись не допускается).

Источник: Эталонный контрольный банк НПА Республики Казахстан. При расхождении приоритет имеет официальная публикация.