

Об утверждении форм информации о перечисленных суммах социальных отчислений за участников системы обязательного социального страхования и заявки для ее получения

Утративший силу

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 31 мая 2016 года № 467. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 4 июля 2016 года № 13871. Утратил силу приказом Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 30 января 2024 года № 17.

Сноска. Утратил силу приказом Министра труда и социальной защиты населения РК от 30.01.2024 № 17 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

В соответствии с пунктами 31 и 32 Правил исчисления и перечисления социальных отчислений, утвержденных постановлением Правительства Республики Казахстан от 21 июня 2004 года № 683, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1) форму заявки для получения информации о перечисленных суммах социальных отчислений за участников системы обязательного социального страхования согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) форму информации о перечисленных суммах социальных отчислений за участников системы обязательного социального страхования согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Департаменту социального обеспечения и социального страхования в установленном законодательством порядке обеспечить:

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

2) в течение пяти рабочих дней со дня получения зарегистрированного настоящего приказа направление в одном экземпляре его копии в печатном и электронном виде на государственном и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр правовой информации" для включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа направление его копии на официальное опубликование в

периодических печатных изданиях и в информационно-правовой системе "Эділет";

4) размещение настоящего приказа на официальном интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;

5) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2), 3) и 4) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Жакупову С.К.

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

Министр здравоохранения
и социального развития

Республики Казахстан

Т. Дуйсенова

СОГЛАСОВАН

Министр информации и коммуникаций

Республики Казахстан

_____ Д. Абаев

3 июня 2016 года

Приложение 1 к приказу
Министра здравоохранения и
социального развития
Республики Казахстан
от 31 мая 2016 года № 467

Форма

**Заявка для получения информации о перечисленных суммах
социальных отчислений за участников системы обязательного
социального страхования**

№ платежного поручения	Дата платежного поручения	Сумма платежного поручения	Код назначения платежа	Референс банковской операции	Индивидуальный или бизнес идентификационный номер плательщика	Наименование плательщика
1	2	3	4	5	6	7

Подписи:

Руководитель

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Главный бухгалтер

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии).

Место печати

Дата регистрации заявки: " ____ " _____ 20 ____ г.

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность и подпись лица, принявшего заявку

Приложение 2 к приказу
Министра здравоохранения и
социального развития
Республики Казахстан
от 31 мая 2016 года № 467

Форма

Дата выдачи, исх. №

Информация о перечисленных суммах социальных отчислений за участников системы обязательного социального страхования

№ платежного поручения	Дата платежного поручения	Сумма платежного поручения	К о д назначения платежа	Референс банковской операции	Индивидуальный или бизнес идентификационный номер плательщика	Наименование плательщика	Наименование файла (Dbf)
1	2	3	4	5	6	7	8

Подписи:

Начальник отделения Государственной корпорации

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии).

Специалист отделения Государственной корпорации

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии).

Место печати