

О внесении изменений в приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 31 января 2024 года № 20 "Об утверждении Правил возмещения затрат на проведение превентивных мер и (или) реабилитационных мер"

Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 29 июня 2026 года № 275. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 2 июля 2026 года № 39209

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 31 января 2024 года № 20 "Об утверждении Правил возмещения затрат на проведение превентивных мер и (или) реабилитационных мер" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 33965) следующие изменения:

в Правилах возмещения затрат на проведение превентивных мер и (или) реабилитационных мер, утвержденных указанным приказом:

в приложении 1 к указанным Правилам:

пункт 4 изложить в следующей редакции:

"4. Создание работникам необходимых санитарно-гигиенических условий, обеспечение выдачи, ремонта, хранения специальной одежды и обуви работников, снабжение их средствами профилактической обработки, моющими, дезинфицирующими и дерматологическими средствами индивидуальной защиты, медицинской аптечкой, молоком или равноценными пищевыми продуктами, и (или) пищевой продукции диетического лечебного и диетического профилактического питания, средствами индивидуальной и коллективной защиты в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 8 декабря 2015 года № 943 "Об утверждении норм выдачи специальной одежды и других средств индивидуальной защиты работникам организаций различных видов экономической деятельности" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 12627), приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 декабря 2015 года № 1056 "Об утверждении норм выдачи работникам молока или равноценных пищевых продуктов, и (или) пищевой продукции диетического лечебного и диетического профилактического питания" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 12709);

приложение 2 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

приложение 4 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Департаменту труда и социального партнерства Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

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

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан после его официального опубликования;

3) в течении трех рабочих дней после исполнения подпунктов 1) и 2) настоящего пункта предоставление в Департамент юридической службы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан информацию об их исполнении.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого вице-министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан.

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

Министр труда
и социальной защиты населения
Республики Казахстан

А. Ертаев

Приложение 1 к приказу
Министр труда
и социальной защиты населения
Республики Казахстан
от 29 июня 2026 года № 275
Приложение 2
к Правилам возмещения
затрат на проведение
превентивных и (или)
реабилитационных мер
Форма
Наименование
страховой организации
" _____ "

Заявление на возмещение затрат на проведение превентивных мер
от _____

Страхователь (полное наименование юридического лица или фамилия, имя отчество (при его наличии) физического лица)

1	Номер договора обязательного страхования работника от несчастных случаев	

2	Наименование и реквизиты страхователя	_____ _____ _____
3	Дата проведения мероприятия по устранению фактора (факторов) профессионального риска	" ____ " _____ 20 ____ г.
4	Сумма затрат на возмещение	_____
5	Прошу произвести возмещение фактически понесенных затрат на следующие превентивные меры _____ _____ _____ на следующие реквизиты: наименование банка _____ двадцатизначный номер банковского счета _____ _____ данные владельца счета _____ Приложение: документы подтверждающие фактически понесенные расходы на превентивные меры (счет фактуры, договора)	

Подписав данное заявление, страхователь подтверждает, что уведомлен о последствиях предоставления ложных сведений страховщику согласно требованиям законодательства Республики Казахстан.

Предоставляю свое согласие Страховщику на сбор, обработку моих персональных данных, в том числе необходимых для получения возмещения фактически понесенных затрат на превентивные меры в электронной форме и передачу этих данных в организацию по формированию и ведению единой страховой базы данных (АО "Государственное кредитное бюро").

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) страхователя) (Подпись)

" ____ " _____ 20 ____ г.

Приложение 2 к приказу
Министр труда
и социальной защиты населения
Республики Казахстан
от 29 июня 2026 года № 275
Приложение 4
к Правилам возмещения
затрат на проведение
превентивных и (или)
реабилитационных мер
Форма

Наименование
страховой организации
" _____ "

Заявление на возмещение затрат на проведение реабилитационных мер

от _____

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Документ, удостоверяющий личность заявителя - № _____ от _____ 20 ____ г.

Документ, удостоверяющий личность доверенного лица № _____ от ____ 20 ____ г.

Адрес проживания заявителя:

Контактные данные, телефон:

Адрес проживания доверенного лица заявителя:

Контактные данные, телефон:

1	Номер и дата договора обязательного страхования работника от несчастных случаев	
2	Страхователь (полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (при его наличии) физического лица))	
3	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и реквизиты выгодоприобретателя	_____ _____ _____ _____
4	Дата наступления страхового случая	" ____ " _____ 20 ____ г.
5	Тип случая (отметить галочкой)	Утрата профессиональной трудоспособности (УПТ) _____ _____ _____ (укажите % УПТ) Иное _____ _____
	Прошу произвести возмещение фактически понесенных затрат на следующие	

реабилитационные меры

на следующие реквизиты: наименование банка

двадцатизначный номер банковского счета

данные владельца счета

Приложение: документы подтверждающие фактически понесенные расходы

на реабилитационные меры (счет фактуры, договора)

Внимание: банковский счет должен быть не предназначенный для получения

выплат из государственного бюджета

Подписав данное заявление, заявитель подтверждает, что уведомлен о последствиях предоставления ложных сведений страховщику согласно требованиям законодательства Республики Казахстан.

Предоставляю свое согласие:

1. Страховщику на сбор, обработку моих персональных данных, в том числе необходимых для получения возмещения фактически понесенных затрат на реабилитационные меры в электронной форме и передачу этих данных в организацию по формированию и ведению единой страховой базы данных (АО "Государственное кредитное бюро"), в том числе относимых к моим персональным данным, включая, но не ограничиваясь: фамилия, имя, отчество (при его наличии), ИИН, гражданство, пол, дата и место рождения, вид, номер, орган выдачи документа, удостоверяющего личность, сведений о состоянии здоровья и акта гражданского состояния, информацию по страховым выплатам, и др., а также на получение от АО "Государственное кредитное бюро" сведений обо мне, в том числе относимых к моим персональным данным, полученных из государственных баз данных от операторов/владельцев государственных баз данных;

2. АО "Государственное кредитное бюро", являющемуся организацией по формированию и ведению единой страховой базы данных на запрос и получение от государственных баз данных от операторов и/или владельцев государственных баз данных сведений обо мне, в том числе относимых к моим персональным данным, включая, но не ограничиваясь: фамилия, имя, отчество (при его наличии), ИИН, гражданство, пол, дата и место рождения, вид, номер, орган выдачи документа,

удостоверяющего личность, сведений о состоянии здоровья и акта гражданского состояния, информацию по страховым выплатам и др., а также предоставлять и получать имеющуюся и поступающую в будущем обо мне информацию.

3. Прошу высылать информацию/уведомления в виде СМС – сообщений на мобильный телефонный номер 8 (_____) _____

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
страхователя/выгодоприобретателя)

(Подпись)

" ____ " _____ 20 ____ г.