

**Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушылар үшін аударылған әлеуметтік аударымдардың сомалары туралы ақпараттың және оны алу үшін өтінімнің нысандарын бекіту туралы**

*Күшін жойған*

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2016 жылғы 31 мамырдағы № 467 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2016 жылы 4 шілдеде № 13871 болып тіркелді. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2024 жылғы 30 қаңтардағы № 17 бұйрығымен

**Ескерту. Күші жойылды – ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 30.01.2024 № 17 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.**

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2004 жылғы 21 маусымдағы № 683 қаулысымен бекітілген Әлеуметтік аударымдарды есептеу және аудару ережесінің 31 және 32-тармақтарына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**

1. Мыналар:

1) осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушылар үшін аударылған әлеуметтік аударымдардың сомалары туралы ақпарат алу үшін өтінімнің нысаны;

2) осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушылар үшін аударылған әлеуметтік аударымдардың сомалары туралы ақпараттың нысаны бекітілсін.

2. Әлеуметтік қамсыздандыру және әлеуметтік сақтандыру департаменті заңнамада белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) тіркелген осы бұйрықты алған күннен бастап бес жұмыс күні ішінде оның көшірмесінің мемлекеттік және орыс тілдеріндегі бір данасын баспа және электрондық түрде Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілерінің эталондық бақылау банкіне қосу үшін "Республикалық құқықтық ақпарат орталығы" шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорнына жіберуді;

3) осы бұйрық мемлекеттік тіркелгеннен кейін күнтізбелік он күн ішінде оның көшірмесін мерзімді баспа басылымдарында және "Әділет" ақпараттық-құқықтық жүйесінде ресми жариялауға жіберуді;

4) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің ресми интернет-ресурсында орналастыруды;

5) осы бұйрық Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің Заң қызметі департаментіне осы тармақтың 1), 2), 3) және 4) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму вице-министрі С.Қ. Жақыповаға жүктелсін.

4. Осы бұйрық алғаш ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау және әлеуметтік

даму министрі

Т. Дүйсенова

**КЕЛІСІЛДІ**

Қазақстан Республикасының

Ақпарат және коммуникациялар министрі

\_\_\_\_\_ Д. Абаев

2016 жылғы 3 маусым

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау және  
әлеуметтік даму министрінің  
2016 жылғы 31 мамырдағы  
№ 467 бұйрығына  
1-қосымша

Нысан

**Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушылар үшін  
аударылған әлеуметтік аударымдардың сомалары туралы ақпарат алу  
үшін өтінім**

Төлем тапсырмасының №	Төлем тапсырмасының күні	Төлем тапсырмасының сомасы	Төлемді тағайындау коды	Банк операциясының референсі	Төлеушінің жеке немесе бизнес сәйкестендіру нөмірі	Төлеушінің атауы
1	2	3	4	5	6	7

Қолдары:

Басшы

\_\_\_\_\_ тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Бас бухгалтер

\_\_\_\_\_ тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Мөрдiң орны

Өтiнiм тiркелген күн: 20 \_\_\_\_ ж. " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ өтiнiмдi қабылдаған адамның тегi, аты, әкесiнiң аты (бар болса),  
лауазымы және қолы

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау және  
әлеуметтік даму министрінің  
2016 жылғы 31 мамырдағы  
№ 467 бұйрығына  
2-қосымша

Нысан

Берілген күні, шығ. №

**Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушылар үшін  
аударылған әлеуметтік аударымдардың сомалары туралы ақпарат**

Төлем тапсырмасының №	Төлем тапсырмасының күні	Төлем тапсырмасының сомасы	Төлемді тағайындау коды	Банк операциясының референсі	Төлеушінің жеке немесе бизнес сәйкестендіру нөмірі	Төлеушінің атауы	Файлдың атауы (Dbf)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қолдары:

Мемлекеттік корпорация бөлімшесінің бастығы

\_\_\_\_\_ тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Мемлекеттік корпорация бөлімшесінің маманы

\_\_\_\_\_ тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Мөрдiң орны