№ КГД-18-3-14/4386-ВН от 18.02.2026

|  |
| --- |
| Приложение 4 к приказу |

форма, предназначенная для сбора административных данных

Представляется: в Комитет государственных доходов Министерства финансов Республики Казахстан.

Форма, предназначенная для сбора административных данных  
на безвозмездной основе размещена на интернет – ресурсе: kgd.gov.kz.

Наименование административной формы: Сведения о подтверждении расходов на медицину, произведенных физическим лицом на территории Республики Казахстан.

Индекс формы, предназначенной для сбора административных данных  
на безвозмездной основе (краткое буквенно-цифровое выражение наименования формы): СПРМРК – 3.

Периодичность: ежеквартально, ежегодно.

Отчетный период:

за\_\_\_\_\_квартал\_\_\_\_\_ год;

за\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год.

Круг лиц, представляющих форму, предназначенную для сбора административных данных на безвозмездной основе: Организации осуществляющие деятельность в области здравоохранения.

Срок представления формы, предназначенной для сбора административныхданных на безвозмездной основе: в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения запроса органа государственных доходов.

|  |  |
| --- | --- |
| Индивидуальный идентификационный номер / бизнес идентификационный номер | http://10.61.42.188/files/1524/33/0.jpg |

      (не заполняется в случае представления данных физическими лицами, а также в агрегированном виде)

Метод сбора: в электронном виде, на бумажном носителе.

за период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Сведения по физическому лицу | | Сведения медицинской организации | | Договор на оказание медицинских услуг | | | | | Договор добровольного страхования на случай болезни | | | | |
| Индиви  дуальный иденти  фикацион  ный но  мер | Фамилия, имя и отчество (если оно указано в докумен  те, удостоверяющем лич  ность) | Бизнес-идентификацион  ный номер. Индиви  дуальный идентификацион  ный номер | Наименова  ние | Дата и но  мер докумен  та | Стоимо  сть услуги, в тен  ге | Дата получе  ния услуги | Сумма оплаты, в тен  ге | Дата оплаты | Дата и но  мер докумен  та | Сум  ма погаше  ния стра  ховых премий, в тен  ге | Дата погаше  ния стра  ховых премий | Сум  ма опла  ты стра  ховых премий, в тен  ге | Дата опла  ты стра  ховых премий |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Телефоны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполнитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя и отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) подпись, телефон

Руководитель или лицо, исполняющее его обязанности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя и отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) подпись

Место для печати \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных на безвозмездной основе «Сведения, о подтверждении расходов на медицину, произведенных физическим лицом на территории Республики Казахстан» приведено в приложении к настоящей форме.

Приложение  
к форме, предназначенной для сбора административных данных на безвозмездной основе

**Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных на безвозмездной основе «Сведения, о подтверждении расходов на медицину, произведенных физическим лицом на территории Республики Казахстан»**

(СПРМРК – 3, ежеквартально, ежегодно)

(далее – форма)

**Глава 1. Общее положение**

1. Форма предназначена для сбора сведений о подтверждении расходов на медицину, произведенных физическим лицом на территории Республики Казахстан в соответствии с подпунтком 1) пункта 5 стати 847 Налогового кодекса Республики Казахстан (далее – Налоговый кодекс), подпунктом 2) пункта 3 статьи 16 Закона Республики Казахстан «О государственной статистике».

**Глава 2. Пояснение по заполнению формы**

2. В графе 1 формы указывается порядковый номер строки.

3. В графе 2 формы указывается индивидуальный идентификационный номер физического лица-резидента Республики Казахстан или законного представителя физического лица-резидента Республики Казахстан, не достигшего восемнадцати лет, находящегося на иждивении.

4. В графе 3 формы указывается фамилия, имя, отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) физического лица-резидента Республики Казахстан или законного представителя физического лица-резидента Республики Казахстан, не достигшего восемнадцати лет, находящегося на иждивении.

5. В графе 4 формы указывается бизнес-идентификационный номер. индивидуальный идентификационный номер организации занимающейся медицинской деятельностью.

6. В графе 5 формы указывается наименование организации занимающейся медицинской деятельностью.

7. В графе 6 формы указывается дата и номер документа (договора) на оказание медицинских услуг.

8. В графе 7 формы указывается стоимость услуг согласно договору на оказание медицинских услуг, в тенге.

9. В графе 8 формы указывается дата получения услуги согласно договору на оказание медицинских услуг.

10. В графе 9 формы указывается сумма оплаты за полученную услугу, в тенге.

11. В графе 10 формы указывается дата оплаты услуги.

12. В графе 11 формы указывается дата и номер документа (договора) добровольного страхования на случай болезни.

13. В графе 12 формы указывается сумма погашения страховых премий по договору добровольного страхования на случай болезни, в тенге.

14. В графе 13 формы указывается дата погашения страховых премий.

15. В графе 14 формы указывается фактически оплаченная сумма страховых премий, в тенге.

16. В графе 15 формы указывается дата оплаты страховых премий.

**Согласовано**

18.02.2026 17:17 Кусаинова Дина Кабдылманаповна

