**Mẫu C16a-TS**

*(Ban hành kèm theo QĐ số 490/QĐ-BHXH*

*ngày 28/3/2023 của BHXH Việt Nam)*

|  |  |
| --- | --- |
| BẢO HIỂM XÃ HỘI …….  **BẢO HIỂM XÃ HỘI ....................** | **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
| Số: /QĐ-BHXH | *...................., ngày tháng năm 20......* |

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc Thu hồi kinh phí chi thù lao cho tổ chức dịch vụ thu**

**bảo hiểm xã hội tự nguyện, bảo hiểm y tế**

**GIÁM ĐỐC BẢO HIỂM XÃ HỘI ...............**

*Căn cứ Luật Bảo hiểm xã hội số 58/2014/QH11ngày 20 tháng 11 năm 2014;*

*Căn cứ Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế;*

*Căn cứ Quyết định số ../201../QĐ-TTg ngày … tháng … năm ….. của Thủ tướng Chính phủ về quản lý tài chính đối với Bảo hiểm xã hội Việt Nam;*

*Căn cứ Quyết định số ../202…/QĐ-BHXH ngày … tháng … năm ….. của Bảo hiểm xã hội Việt Nam Ban hành Quy chế quản lý hoạt động của tổ chức dịch vụ thu bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế;*

*Xét đề nghị của Trưởng phòng (Tổ trưởng) Quản lý thu - sổ, thẻ; Trưởng phòng (Tổ trưởng) Kế hoạch - Tài chính;*

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Thu hồi số tiền ....................... đồng (viết bằng chữ:..................................) đã chi thù laocho ………………………………………… do hoàn trả tiền đóng bảo hiểm xã hội tự nguyện, bảo hiểm y tế cho người tham gia *(bảng kê chi tiết kèm theo).*

**Điều 2**.Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký.

**Điều 3**.Trưởng phòng (Tổ trưởng) Quản lý thu - Sổ, Thẻ; Trưởng phòng Kế hoạch - Tài chính, các phòng (tổ) trực thuộc Bảo hiểm xã hội ................ và đơn vị, cá nhân có tên tại Điều 1 chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***  - Như Điều 3;  - BHXH huyện ….  - Lưu: VT, PT, KHTC. | GIÁM ĐỐC |

**BẢNG KÊ CHI TIẾT**

*(Kèm theo Quyết định về việc Thu hồi kinh phí chi thù lao cho tổ chức dịch vụ thu bảo hiểm xã hội tự nguyện, bảo hiểm y tế số ngày của BHXH )*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Mã số BHXH** | **Mức đóng** | **Số tháng hoàn trả** | **Số tiền hoàn trả Người tham gia** | **Tỷ lệ % thù lao phải thu hồi** | **Số tiền thu hồi thù lao cho tổ chức dịch vụ thu BHXH, BHYT** | **Ghi chú** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Tổng cộng:** | | | |  |  |  |  |