|  |
| --- |
| **社会保险费退费申请表（代办机构适用）** |
| 缴费人统一社会信用代码（纳税人识别号） | XXXXXXXXXXXXXX | 单位编号 | XXXXXXXXX | 社保经办机构名称 | XXXXXXXXXXXXXX |
| 参保单位名称 | XXXXXXXXXXXXXX | 经办人姓名 | XXX | 经办人联系电话 | XXXXXXXXXXXXXX |
| 退费账户开户银行名称 | XXXXX银行XXXXXX支行 | 退费银行账户名称 | XXXXXXXXXXXXXX | 退费银行账号 | XXXXXXXXXXXXXX | 申请退费类型： □误收退费 |
| 序号 | 姓名 | 人员编号 | 证件号码 | 险种名称 | 费款所属期起 | 费款所属期止 | 凭证序号 | 费票号码（非必填） | 实缴费额 | 申请退费金额 |
| 1 | XXX | XXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXXX | XXXX | 20XX-XX-XX | 20XX-XX-XX |  |  | XXX.XX | XXX.XX |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计（小写） |  |  |  |  |  |  |  | ¥ XXX.XX | ¥ XXX.XX |
| 退费申请理由 | 退费申请理由： |  |
| XXXXXXXXX**公章** |
| 申请单位（人）/委托代理人声明：本表所填内容正确无误，所提交的证件、资料及复印件真实有效，如有虚假愿承担法律责任。 |
|  | 申请单位（人）/委托代理人（签章）：XXXX |
|  |  | 年 月 日 |
| 税务机关受理情况： |  | 税务机关初审意见： |  |
|  | 受理人： |  | 经办人： |
| 税务机关（签章） | 税务机关（签章） |
|  年 月 日 |  年 月 日 |

【表单说明】

1. 本表适用于村（居）集体经济组织、学校等各地政府确定的代办机构办理城乡居民基本养老保险费、城乡居民基本医疗保险费退费使用，代办机构代缴费款的退费业务填报此表并退至填报的单位账户或扣费账户。
2. 表中所有金额单位：元（列至角分）。
3. 退费申请理由：重扣、错扣；重复参保；不属于参保范围；参保人出国；参保人停保；参保人死亡；参保人属于政府资助对象；参保人错误参保；经办人失误错缴、多缴；享受养老待遇后缴纳；城居保重复缴费退费（强制退费）。
4. 城乡居民基本养老保险费和城乡居民基本医疗保险费退费，由税务机构受理，社保经办机构（医保经办机构）退还。
5. 本页不够可另附页填写退费申请明细。