**社会保险费退费申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位（缴费人）填写 | 用人单位 | | 名 称 | | |  | | | 统一社会信用代码/纳税人识别号 | | |  | |
| 单位社保号 | | |  | |
| 退款银行全称 | | |  | | | 账 号 | | |  | |
| 账户名称 | | |  | | | 办费联系人 |  | 联系方式（手机号码） | |  |
| 所属时期起 | | | | | | 所属时期止 | | 险种 | | 退还金额 | | |
| 年 | | | | 月 | | 年 | 月 |
|  | | | |  | |  |  |  | |  | | |
|  | | | |  | |  |  |  | |  | | |
|  | | | |  | |  |  |  | |  | | |
|  | | | |  | |  |  |  | |  | | |
|  | | | |  | |  |  |  | |  | | |
|  | | | |  | |  |  |  | |  | | |
| 退还金额合计（大写） | | | | | |  | | | | | | |
| 退费  原因 | | |  | | | | | | | | | |
| 申请人声明：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。  经办人：  年 月 日（单位公章） | | | | | | | | | | | | | |
| 税务机关审核意见 | | 税务机关盖章  年   月  日 | | | | | | | | | | | |
| 社保部门审批意见 | | 社保部门盖章  年   月  日 | | | | | | | | | | | |

说明：本表一式三份，税务机关、社保部门、申请单位（人）各留存一份。