A07120《社会保险费退费申请表》

社会保险费退费申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人名称 | XX市XX公司 | 类 别 | □缴费人 □扣缴义务人（据实勾选） | 联系人姓名 | XXX  |
| 纳税人识别号 | 9144XXXXXXXXXXXXXX | 单位（个人）编号 | XXXXXXXXX | 联系电话 | 13XXXXXXXXX |
| 申请退费类型 | □汇算结算退费 □误收退费 （据实勾选） |
| 序号 | 费种 | 品目 | 子目 | 费款所属期起 | 费款所属期止 | 税票号码 | 实缴费额 | 申请退（抵）费金额 |
|  | XXX  | XXX  | XXX  | 20XX年X月 | 20XX年X月 | XXX  | XXX.XX | XXX.XX |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计（小写） | -- | -- | -- | -- | -- | **公章** |  |
| 合计（大写） | -- | -- | -- | -- | -- |  |  |
| 退费申请理由 | XXX（据实填写） 申请人：XXX （签章） XX年 XX 月 XX日 |
| 审核意见：经办人：社保经办机构（公章）年 月 日 | 审核意见：经办人：医疗保障经办机构（公章）年 月 日 | 审核意见： 经办人：税务机关（公章）年 月 日 |

【表单说明】

本表适用于缴费人办理退费。

“扣缴义务人”不包括社保费虚拟户。

表中所有金额单位:元（列至角分）。

本表一式四份，缴费人、税务机关、社保经办机构（或医疗保障局）各一留存份，税务机关备存一份。