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。