社会保险费退费申请表(单位缴费人、灵活就业人员、城乡居民适用)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 缴费人统一社会信用代码(纳税人识别号)/身份证件号码 | | | | | |  | | | 类 别 | □单位缴费人 □灵活就业人员 □城乡居民 | | | | | | 经办人姓名 |  |
| 参保单位(个人)名称 | | | |  | | | 单位(个人)社保编码 | | |  | | | 社保(医保)  经办机构 |  | | 经办人联系电话 |  |
| 退费账户  开户银行名称 | | |  | | | | 退费银行账户名称 | | |  | | | 退费银行账号 |  | | 申请退费类型：□结算退费 □误收退费 | |
| 序号 | 险种名称 | | | | 征收品目名称 | | | 费款所属期起 | | | 费款所属期止 | | | 费票号码(非必填) | 实缴费额 | | 申请退费金额 |
| 1 |  | | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  |
| 2 |  | | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  |
| 3 |  | | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  |
| 4 |  | | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  |
| 5 |  | | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  |
| 合计（小写） | | | | | -- | | | -- | | | -- | | | -- | ￥ | | ￥ |
| 退费  申请  理由 | | 退费申请理由：  申请单位（个人）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（个人）（签章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 税务机关受理意见：  税务机关（盖章）  受理人：　　　　　　　审核人：　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | 社保（医保）经办机构审批意见：  社保（医保）经办机构（盖章）  审核人：　　　　　　　审批人：　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | |

说明：本表一式三份，申请单位（个人）留存一份，税务机关留存一份，社保（医保）经办机构留存一份。

社会保险费退费申请表(职工明细)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 统一社会信用代码（纳税人识别号） | |  | | | 参保单位名称 |  | | 单位社保编码 |  | 社保（医保）经办机构 |  |
| 序号 | 职工社保编码 | | 职工姓名 | 职工身份证件号码 | | 险种名称 | 征收品目名称 | 费款所属期起 | 费款所属期止 | 实缴费额 | 申请退费金额 |
| 1 |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 合计（小写） | | | | -- | | -- | -- | -- | -- | ￥ | ￥ |
| 申请单位（个人）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（个人）（签章）：  　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |

说明：本表一式三份，申请单位（个人）留存一份，税务机关留存一份，社保（医保）经办机构留存一份。