|  |
| --- |
| **社会保险费退费申请表** |
| 缴费人统一社会信用代码/身份证件号码（纳税人识别号） | XXXXXXXXXXXXXX | 类别 | 单位缴费人 灵活就业人员 城乡居民机关事业单位 | 经办人姓名 | XXXX |
|
| 参保单位（个人）名称 | XXXX | 单位（个人）社保编码 | XXXXXXXXXXXXXX | 社保经办机构名称 | XXXXXXXXXXXXXX | 经办人联系电话 | XXXXXXXXXXXXXX |
| 退费账户开户银行名称 | XXXX银行XXXX支行 | 退费银行账户名称 | XXXX | 退费银行账户 | XXXXXXXXXXXXXX | 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 | XXXXX | XXXXX | 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 |
| 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）： | XXX |
|  |  |  | XXXX年 XXX 月XXX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 |