附 表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会保险费退费申请表 | | | | | | |
| 单位名称： |  |  | | 单位编号： |  | |
| 职工姓名 |  | | 职工编号 | |  | |
| 职工身份证号码 |  | | 退费区间 | |  | |
| 银行账号 |  | | 开户行及行号 | |  | |
| 退费原因： | | | | | | |
| 申请人签字： | | | | | |  |
| 年 月 日 | | | | | | |
| 申报单位意见： | | | | | | |
| 单位审核人签字： | | | | | |  |
| （公章） 年 月 日 | | | | | | |
| 社会保险经办机构意见： | | | | | | |
|  | 经办人： | | | 审核人： | | |
|  | | | | （章） 年 月 日 | | |
| 注：  1、本表用于用人单位或以灵活就业方式参保的人员因各种原因重复缴纳、多缴纳社会保险费的情形，申请退费使用；  2、退费业务涉及劳动纠纷的，经法院判决（调解）及劳动仲裁部门裁决（调解）的，需同时提供相应生效的法律文书；  3、以灵活就业方式参保的人员申请退费的，无需填写申报单位意见栏；非个人申请退费的，无需申请人签字。 | | | | | | |