**社会保险超龄缴费退费记录单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基  本  信  息 | 单位  □ 缴费  退费 | 单位编号 |  | | 单位名称 | |  |
| 姓 名 |  | | 证件号码 | |  |
| 灵活  □ 就业  缴费  退费 | 姓 名 |  | | 联系电话 | |  |
| 证件号码 |  | | | | |
| 退费渠道 | □ 社保卡 | | |  | |
| □ 银行卡 | | | 银行名称 |  |
| 银行账号 |  |
| 退费  情况  说明 |  | | | | | | |
| **退费起止年月** | | | | | | | |
| 年 月 —— 年 月 | | | | 年 月 —— 年 月 | | | |
| 年 月 —— 年 月 | | | | 年 月 —— 年 月 | | | |
| **用人单位及本人意见** | | | | | | | |
| 本人签名：  年 月 日 | | | | 用人单位（章）：  年 月 日 | | | |