|  |
| --- |
| 社会保险费退费申请表 |
| 单位全称（盖章）： 单位编号： |  |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 证件号码（社会保障号） | 退费原因 | 退费起止时间 | 备注 |
|  |  |  |  |  | - |  |
|  |  |  |  |  | - |  |
|  |  |  |  |  | - |  |
|  |  |  |  |  | - |  |
|  |  |  |  |  | - |  |
|  |  |  |  |  | - |  |
| 单位经办人： 移动电话： 社保机构经办人（章）： 填报时间： 年 月 日 |
| 说明：1、退费原因填写内容分为： ①超龄缴费， ②申报错误， ③判刑， ④其他原因。2、本表格适用于园区用人单位向人社经办机构申请退缴所属期为2023年11月及以前的费用。 |