|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 社会保险退费申报表 | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |  |
| 单位编号： 单位名称： 填报日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |  |
| 个人编号 | 个人姓名 | | 身份证号码 | 退费开始  时间 | 退费截止时间 | 险 种 | | 退费原因 | 备注 |  |
| 企业职工养老保险 | 失业保险 |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位负责人： 单位经办人： 经办人联系电话：

温馨提示：

1. 本表适用企业参保人员、机关事业单位编外人员、灵活就业人员社会保险退费，单位编号和个人编号是指参加企业职工养老、职工基本医疗、工伤、生育、失业保险的编号；
2. 单位申报应提供重复或多缴的证据，（收复印件1份）；
3. 灵活就业人员申报应提供社会保障卡或居民身份证(验原件收复印件1份)、社会保险费的原始发票（收原件）、重复或多缴的证据 (验原件收复印件），并在备注栏填写本人开户银行及帐号信息;
4. 应根据参保人员实际情况进行勾选退费的险种；

5、本表所有项目必须填写完整，申报本表的同时必须报电子版（excel格式）一份，本表一式一份，社保机构留存。