|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件3  社会保险费退付申请表（缴费个人） | | | | | | | |
|  | |  | 年 | 月 日 | | 单位：元 | |
| 参保人姓名 | |  | 身份证号 |  | | 联系电话 |  |
| 代理人姓名 | |  | 身份证号 |  | | 与参保人关系及联系方式 |  |
| 收款户名 | |  | | 申请退付账户 开户银行全称 | |  | |
| 银行卡（存折）账号 | | |  | | | | |
| 退 费 申 请 | | | 由于以下原因（勾选）本人申请将已缴 费（险种）（核定单号： ）退至上述收款户名及账号。  险种转移 □ 参军 □ 出国定居 □ 死亡 □ 重复缴费 □ 操作误缴 □ 其他 □   申请人（代办人）： 年 月 日 | | | | |
| 费款所属时间 | | | 年 月至 年 月 | | | | |
| 退付金额（大写）： 佰 拾 元 角　 　分 ¥ | | | | | | | |
| 税务部门核验意见（签章）： | | | | | 经办机构复核意见（签章）： | | |
|  | | | | |  | | |
| 签字： | | | | | 签字： | | |
| 备注： | 本表一式三份，税务部门、经办机构、财政部门各留存一份。 | | | | | | |

社会保险费退费申请（缴费个人）受理通知单

：

你提出关于 （参保人）所属期为 年 月至 年 月社会保险费退费申请已受理。

受理人： 受理时间： 年 月 日