|  |
| --- |
| 异地受理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 |  | 退费起止时间 |  |
| 退费险种 |  | 银行账号 |  |
| 开户银行 |  | 银行行号 |  |
| 银行户名 |  | 联系电话 |  |
| 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. 本表用于参保人申请清退异地重复缴纳社会保险费的情形使用。
2. 只涉及清退个人账户的，可由个人提出申请，单位意见可不用填写。
 |