|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | | |