

Руководителю \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя)  
органа контроля за уплатой страховых взносов, Ф.И.О.)

### Заявление о возврате сумм излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов в Фонд социального страхования Российской Федерации

Плательщик страховых взносов \_\_\_\_\_,  
(полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя,  
отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в органе контроля за уплатой  
страховых взносов \_\_\_\_\_,

код подчиненности \_\_\_\_\_,

ИНН \_\_\_\_\_,

КПП \_\_\_\_\_,

адрес места нахождения организации (обособленного  
подразделения)/адрес постоянного места жительства  
индивидуального предпринимателя, физического лица \_\_\_\_\_,

в соответствии со статьей 26 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ "О страховых взносах в  
Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации,  
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования" и статьей 22.1 Федерального закона  
от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на  
производстве и профессиональных заболеваний" просит произвести возврат сумм излишне уплаченных  
страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и  
в связи с материнством, пеней и штрафов, страховых взносов на обязательное социальное страхование  
от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, пеней и штрафов (нужное  
подчеркнуть) в Фонд социального страхования Российской Федерации в следующих размерах:

(в рублях и копейках)

Наименование показателя	На обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством	На обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний
Страховые взносы		
Пени		
Штрафы		

путем перечисления денежных средств на счет плательщика страховых взносов

№ \_\_\_\_\_ в банке \_\_\_\_\_  
(полное наименование банка)

ИНН \_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_ корр/счет \_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_ ОКТМО \_\_\_\_\_

№ лицевого счета \* \_\_\_\_\_ КБК \_\_\_\_\_

\* Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства.

\_\_\_\_\_ (наименование финансового органа)

\_\_\_\_\_ (должность руководителя организации  
(обособленного подразделения)\*\*

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (контактный телефон)

Главный бухгалтер \*\*\*

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (контактный телефон)

от \_\_\_\_\_

(дата)

Место печати (при наличии)  
плательщика страховых взносов

Законный или уполномоченный  
представитель плательщика  
страховых взносов

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (дата)

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя плательщика страховых взносов \_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий полномочия представителя плательщика страховых взносов \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\* Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).

\*\*\* Заполняется при наличии главного бухгалтера.