

Руководителю \_\_\_\_\_

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

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

Платательщик 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:

<input type="checkbox"/>	- зачет сумм излишне уплаченных страховых взносов	(нужно отметить знаком “V”)
<input type="checkbox"/>	- межрегиональный зачет сумм страховых взносов	

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		

в счет уплаты:

(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		

Уточнение наименования платежа <sup>\*1</sup> \_\_\_\_\_

Наименование органа контроля за уплатой страховых взносов (Отделения Фонда социального страхования Российской Федерации), в котором плательщик страховых взносов состоит на регистрационном учете <sup>\*2\*</sup>

ИНН администратора доходов бюджета \*\*

КПП администратора доходов бюджета \*\*

Реквизиты счета органа Федерального казначейства по месту регистрации плательщика страховых взносов \*\*

ИНН органа Федерального казначейства \*\*

КПП органа Федерального казначейства \*\*

Наименование банка \*\*

БИК \*\*

Расчетный счет \*\*

Код бюджетной классификации \*\*

Код ОКТМО \*\*

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя организации (обособленного подразделения))<sup>\*3\*\*</sup> (подпись) (Ф.И.О.) (контактный телефон)

Главный бухгалтер <sup>\*4\*\*\*</sup> \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.) (контактный телефон)

от \_\_\_\_\_  
(дата)

Место печати 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 \_\_\_\_\_

1\* Заполняется плательщиком страховых взносов в случае необходимости уточнить назначения платежа.

2\*\* Заполняется в случае проведения межрегионального зачета сумм страховых взносов.

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

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