

Форма 24-ФСС РФ

Руководителю _____

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

Заявление
о возврате сумм излишне взысканных 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 27 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 взысканных 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 _____ корреспондентский счет _____

БИК _____ ОКТМО _____

№ лицевого счета *1 _____ КБК _____

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

(Наименование финансового органа)

(должность руководителя организации
(обособленного подразделения))^{*2*}

(подпись)

(Ф.И.О.)

(контактный телефон)

Главный бухгалтер ^{*3**}

(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 _____

^{2**} Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).

^{3***} Заполняется при наличии главного бухгалтера.