附件1

**人力资源企业返还社会保险费申请表**

|  |
| --- |
| **企业基本信息** |
| 企业名称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 纳税人名称 |  | 纳税人识别号 |  |
| 经营场所所在地 |  |
| 经办人 |  | 联系电话 |  |
| **申报信息** |
| 2019年11月实际社保缴费金额/人数 |  （元）（人） | 申报返还社保费金额/人数 |  （元） （人） |
| 本企业用工 | 人数： （人） | 金额： （元） |
| 合作企业 | 户数： （家） | 人数： （人） | 金额： （元） |
| 合作机关事业单位 | 户数： （家） | 人数： （人） | 金额： （元） |
| 企业开户名称 |  |
| 开户账号 |  | 开户银行 |  |
| 本企业承诺以上内容及所提供的材料真实有效，如有虚假，不得享受社会保险费返还，并承担相应法律责任。负责人（签字）： 单位盖章 申报日期： 年 月 日 |