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 | | | | |