Приложение № 3
к приказу Фонда социального страхования Российской Федерации
от 17 февраля 2015 г. № 49

(в ред. Приказа ФСС РФ от 20.07.2015 № 305)

Форма 23-ФСС РФ

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 [[1]](#footnote-1)\* |  | КБК |  |

(наименование финансового органа)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| (должность руководителя организации (обособленного подразделения))[[2]](#footnote-2)\*\* |  | (подпись) |  | (Ф.И.О.) |  | (контактный телефон) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Главный бухгалтер [[3]](#footnote-3)\*\*\* |  |  |  |  |  |
|  | (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

1. \* Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства. [↑](#footnote-ref-1)
2. \*\* Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения). [↑](#footnote-ref-2)
3. \*\*\* Заполняется при наличии главного бухгалтера. [↑](#footnote-ref-3)