

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

## Заявление о возврате сумм излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов

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 \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

КПП \_\_\_\_\_

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес  
постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица \_\_\_\_\_

в соответствии со статьей 21 Федерального закона от 3 июля 2016 г. № 250-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование» просит произвести возврат излишне уплаченных сумм:

- страховых взносов на обязательное пенсионное страхование, пеней и штрафов в Пенсионный фонд Российской Федерации
- страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, пеней и штрафов в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
- страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, пеней и штрафов, ранее зачислявшихся в бюджеты территориальных органов обязательного медицинского страхования (по расчетным периодам, истекшим до 1 января 2012 года)
- по дополнительным тарифам страховых взносов, пеням и штрафам в Пенсионный фонд Российской Федерации
- денежных взысканий (штрафов) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства ( в части бюджета Пенсионного фонда Российской Федерации)
- денежных взысканий (штрафов), налагаемых Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами в соответствии со статьей 48 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ

(нужное  
отметить знаком  
“V”)

в следующих размерах:

(в рублях и копейках)

Наименование показателя	В Пенсионный фонд Российской Федерации				В Федеральный фонд обязательного медицинского страхования		денежных взъисканий (штрафов) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджета Пенсионного фонда Российской Федерации)	денежных взъисканий (штрафов) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджета Пенсионного фонда Российской Федерации)
	всего	в том числе			на обязательное медицинское страхование работающего населения, поступающие от плательщиков	на обязательное медицинское страхование работающего населения, ранее зачислявшиеся в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования (по расчетным периодам, истекшим до 1 января 2012 года)		
		на страховую пенсию	на накопительную пенсию	по дополнительным тарифам				
		ч. 1 ст. 58.3 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ	ч. 2 ст. 58.3 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ					
Страховые взносы							X	X
Пени							X	X
Штрафы								

путем перечисления денежных средств на счет плательщика страховых взносов

№ \_\_\_\_\_ в банке \_\_\_\_\_  
(полное наименование банка)

ИНН \_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_ корреспондентский счет \_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_ ОКТМО \_\_\_\_\_

№ лицевого счета \* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя организации (обособленного подразделения)\*\*)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон)

Главный бухгалтер \*\*\*

\_\_\_\_\_  
(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