
(наименование территориального органа страховщика)

(полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

(регистрационный номер в территориальном органе страховщика, код подчиненности)

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

АКТ
совместной сверки расчетов по страховым взносам на обязательное
социальное страхование от несчастных случаев на производстве
и профессиональных заболеваний, пеням и штрафам
в Фонд социального страхования Российской Федерации

от _____

№ _____

Должностное лицо территориального органа страховщика, осуществляющее сверку расчетов по страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, пеням и штрафам (далее - страховые взносы, пени и штрафы)

(Ф.И.О., телефон)

страхователь

(Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя, физического лица (законного или уполномоченного представителя), телефон)

произвели совместную сверку расчетов по страховым взносам, пеням и штрафам (нужное подчеркнуть)

в Фонд социального страхования Российской Федерации за период с

(дата)

по _____ по состоянию на _____ :
(дата) (дата)

(в рублях и копейках)

№ п/п		По данным страхователя	По данным территориального органа страховщика	Расхождение между данными
1	2	3	4	5
1	По страховым взносам:			
1.1	задолженность, всего			
	в том числе:			
1.1.1	недоимка (кроме приостановленных к взысканию)			
1.1.2	приостановленные к взысканию			
1.2	излишне уплаченные			
1.3	излишне взысканные			
1.4	превышение расходов на выплату страхового обеспечения по отношению к начисленным страховым взносам			
2	По пеням:			
2.1	задолженность, всего			
	в том числе:			
2.1.1	задолженность (кроме приостановленных к взысканию)			
2.1.2	приостановленные к взысканию			
2.2	излишне уплаченные			
2.3	излишне взысканные			
3	По штрафам:			
3.1	задолженность, всего			
	в том числе:			
3.1.1	задолженность (кроме приостановленных к взысканию)			
3.1.2	приостановленные к взысканию			
3.2	излишне уплаченные			
3.3	излишне взысканные			
4	Денежные средства, списанные со счетов страхователя, но не зачисленные на счета по учету доходов бюджетов			
5	Невыясненные платежи			

_____ (должность должностного лица территориального органа страховщика, осуществляющего сверку расчетов)	_____ (подпись)	_____ (Ф.И.О.)	_____ (дата)
--	--------------------	-------------------	-----------------

Согласовано страхователем

("с разногласиями" или "без разногласий")

Способ получения документа

("лично" или "почтовым отправлением")

_____ (должность руководителя организации (обособленного подразделения)*	_____ (подпись)	_____ (Ф.И.О.)	_____ (дата)
--	--------------------	-------------------	-----------------

Законный или уполномоченный

представитель страхователя

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата)

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя страхователя

Наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя

страхователя

* Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).

Форма 22 - ФСС РФ

Руководителю _____

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика, Ф.И.О.)

Заявление
о зачете сумм излишне уплаченных страховых взносов на обязательное
социальное страхование от несчастных случаев на производстве и
профессиональных заболеваний, пеней и штрафов
в Фонд социального страхования Российской Федерации

Страхователь _____

(полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер

в территориальном органе страховщика _____,

код подчиненности _____,

ИНН _____,

КПП _____,

адрес места нахождения организации (обособленного

подразделения)/адрес постоянного места жительства

индивидуального предпринимателя, физического лица _____,

в соответствии со статьей 26.12 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» просит произвести:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | - зачет сумм излишне уплаченных страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее – страховые взносы) |
| <input type="checkbox"/> | - межрегиональный зачет сумм страховых взносов |

(нужное
отметить
знаком «V»)

в следующих размерах:

Наименование показателя	Сумма (в рублях и копейках)
Страховые взносы	
Пени	
Штрафы	

в счет уплаты:

Наименование показателя	Сумма (в рублях и копейках)
Страховые взносы	
Пени	
Штрафы	

Уточнение наименования платежа * _____

Наименование территориального органа страховщика,
в котором страхователь состоит на регистрационном
учете ** _____

ИНН администратора доходов бюджета ** _____

КПП администратора доходов бюджета ** _____

Реквизиты счета органа Федерального казначейства
по месту регистрации страхователя ** _____

ИНН органа Федерального казначейства ** _____

КПП органа Федерального казначейства ** _____

Наименование банка ** _____

БИК ** _____

Расчетный счет ** _____

Код бюджетной классификации ** _____

Код ОКТМО ** _____

(должность руководителя организации
(обособленного подразделения)***

(подпись)

(Ф.И.О.)

(контактный телефон)

Главный бухгалтер ****

(подпись)

(Ф.И.О.)

(контактный телефон)

от _____

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Законный или уполномоченный
представитель страхователя

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата)

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя страхователя

Наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя страхователя

* Заполняется страхователем в случае необходимости уточнить назначения платежа.

** Заполняется в случае проведения межрегионального зачета сумм страховых взносов.

*** Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).

**** Заполняется при наличии главного бухгалтера.

Форма 23 - ФСС РФ

Руководителю _____

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика, Ф.И.О.)

**Заявление
о возврате сумм излишне уплаченных страховых взносов на обязательное
социальное страхование от несчастных случаев на производстве и
профессиональных заболеваний, пеней и штрафов
в Фонд социального страхования Российской Федерации**

Страхователь _____

(полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер
в территориальном органе страховщика _____,

код подчиненности _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

в соответствии со статьей 26.12 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 от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, пеней и штрафов (нужное подчеркнуть) (далее – страховые взносы, пени, штрафы) в Фонд социального страхования Российской Федерации следующих размерах:

Наименование показателя	Сумма (в рублях и копейках)
Страховые взносы	
Пени	
Штрафы	

путем перечисления денежных средств на счет страхователя

№ _____ в банке _____
(полное наименование банка)

ИНН _____ КПП _____ корр/счет _____

БИК _____ ОКТМО _____

№ лицевого счета * _____ КБК _____

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

(наименование финансового органа)

(должность руководителя организации
(обособленного подразделения)**

(подпись)

(Ф.И.О.)

(контактный телефон)

Главный бухгалтер ***

(подпись)

(Ф.И.О.)

(контактный телефон)

от

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Законный или уполномоченный
представитель страхователя

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата)

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя страхователя

Наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя страхователя

**Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения)

*** Заполняется при наличии главного бухгалтера.

Форма 24 - ФСС РФ

Руководителю _____

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика, Ф.И.О.)

Заявление
о возврате сумм излишне взысканных страховых взносов на обязательное
социальное страхование от несчастных случаев на производстве и
профессиональных заболеваний, пеней и штрафов
в Фонд социального страхования Российской Федерации

Страхователь _____

(полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер

в территориальном органе страховщика _____,

код подчиненности _____,

ИНН _____,

КПП _____,

адрес места нахождения организации (обособленного

подразделения) /адрес постоянного места жительства

индивидуального предпринимателя, физического лица _____,

в соответствии со статьей 26.13 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 от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, пеней и штрафов (нужное подчеркнуть) (далее – страховые взносы, пени, штрафы) в Фонд социального страхования Российской Федерации в следующих размерах:

Наименование показателя	Сумма (в рублях и копейках)
Страховые взносы	
Пени	
Штрафы	

путем перечисления денежных средств на счет страхователя

№ _____ в банке _____
(полное наименование банка)

ИНН _____ КПП _____ корреспондентский счет _____

БИК _____ ОКТМО _____

№ лицевого счета * _____ КБК _____

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

(Наименование финансового органа)

(должность руководителя организации
(обособленного подразделения)**

(подпись)

(Ф.И.О.)

(контактный телефон)

Главный бухгалтер ***

(подпись)

(Ф.И.О.)

(контактный телефон)

от _____
(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Законный или уполномоченный
представитель страхователя

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата)

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя страхователя

Наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя страхователя

** Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).

*** Заполняется при наличии главного бухгалтера.