

**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

П Р И К А З

14 декабря 2013 г.

№ 7124

Москва

**Об утверждении форм документов, применяемых при
осуществлении зачета или возврата сумм излишне уплаченных
(взысканных) страховых взносов**

В соответствии со статьями 26, 27 и 29 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2009, № 30, ст. 3738; 2010, № 31, ст. 4196; № 50, ст. 6597; 2011, № 27, ст. 3880; 2012, № 50, ст. 6966), подпунктом 5.2.125 Положения о Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 610 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3528; 2013, № 22, ст. 2809; № 36, ст. 4578; № 37, ст. 4703), п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

форму акта совместной сверки расчетов по страховым взносам, пеням и штрафам (форма 21-ПФР) согласно приложению № 1;

форму акта совместной сверки расчетов по страховым взносам, пеням и штрафам (форма 21-ФСС РФ) согласно приложению № 2;

форму заявления о зачете сумм излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов (форма 22-ПФР) согласно приложению № 3;

форму заявления о зачете сумм излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов (форма 22-ФСС РФ) согласно приложению № 4;

форму заявления о возврате сумм излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов (форма 23-ПФР) согласно приложению № 5;

форму заявления о возврате сумм излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов (форма 23-ФСС РФ) согласно приложению № 6;

форму заявления о возврате сумм излишне взысканных страховых взносов, пеней и штрафов (форма 24-ПФР) согласно приложению № 7;

форму заявления о возврате сумм излишне взысканных страховых взносов, пеней и штрафов (форма 24-ФСС РФ) согласно приложению № 8;

форму решения о зачете сумм излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов (форма 25-ПФР) согласно приложению № 9;

форму решения о зачете сумм излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов (форма 25-ФСС РФ) согласно приложению № 10;

форму решения о возврате сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов, пеней и штрафов (форма 26-ПФР) согласно приложению № 11;

форму решения о возврате сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов, пеней и штрафов (форма 26-ФСС РФ) согласно приложению № 12;

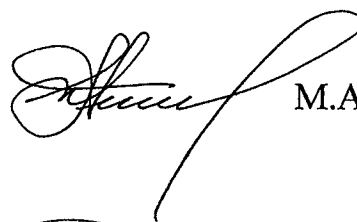
форму решения о зачете сумм излишне взысканных страховых взносов, пеней и штрафов (форма 27-ПФР) согласно приложению № 13;

форму решения о зачете сумм излишне взысканных страховых взносов, пеней и штрафов (форма 27-ФСС РФ) согласно приложению № 14.

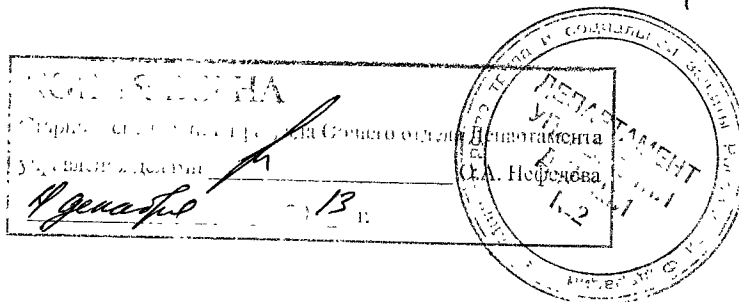
2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 декабря 2009 г. № 979н «Об утверждении форм документов, применяемых при осуществлении зачета или возврата сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 декабря 2009 г. № 15839).

3. Настоящий приказ вступает в силу по истечении одного месяца со дня его официального опубликования.

Министр



М.А. Топилин



Форма 21-ПФР

_____ (наименование органа контроля за уплатой 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)

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

**АКТ
совместной сверки расчетов по страховым взносам,
пеням и штрафам**

от _____

№ _____

Должностное лицо органа контроля за уплатой страховых взносов, осуществляющее сверку расчетов по страховым взносам, пеням и штрафам _____

_____ и
(Ф.И.О., телефон)

плательщик страховых взносов _____

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

произвели совместную сверку расчетов по страховым взносам на обязательное пенсионное страхование, пеням и штрафам в Пенсионный фонд Российской Федерации, по страховым взносам на обязательное медицинское страхование, пеням и штрафам в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, по страховым взносам на обязательное медицинское страхование (далее - ОМС), пеням и штрафам в территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее

ТФОМС) за период с _____ по _____ по состоянию на

_____ (дата)

_____ (дата)

_____ :
(дата)

№ п/п	Расчеты	Пенсионный фонд Российской Федерации												Федеральный фонд обязательного медицинского страхования						
		на страховую часть трудовой пенсии			на накопительную часть трудовой пенсии			по дополнительным тарифам						на ОМС работающего населения, поступающие от плательщиков			на ОМС работающего населения, ранее зачислявшиеся в бюджеты ТФОМС (по расчетным периодам, истекшим до 1 января 2012 года)			
								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										
		по данным плательщика страховых взносов	по данным органа контроля за уплатой страховых взносов	расхождение между данными	по данным плательщика страховых взносов	по данным органа контроля за уплатой страховых взносов	расхождение между данными	по данным плательщика страховых взносов	по данным органа контроля за уплатой страховых взносов	расхождение между данными	по данным плательщика страховых взносов	по данным органа контроля за уплатой страховых взносов	расхождение между данными	по данным плательщика страховых взносов	по данным органа контроля за уплатой страховых взносов	расхождение между данными	по данным плательщика страховых взносов	по данным органа контроля за уплатой страховых взносов	расхождение между данными	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
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																			
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 плательщика страховых взносов, но не зачисленные на счета по учету доходов бюджетов																			
5.	Невыясненные платежи																			

(должность должностного лица органа контроля за уплатой страховых взносов, осуществляющего сверку расчетов)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата)

Согласовано плательщиком страховых взносов

("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 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 _____

_____ (наименование органа контроля за уплатой 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)

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

**АКТ
совместной сверки расчетов по страховым взносам,
пеням и штрафам**

от _____ № _____

Должностное лицо органа контроля за уплатой страховых взносов, осуществляющее сверку расчетов по страховым взносам, пеням и штрафам _____

и _____
(Ф.И.О., телефон)

плательщик страховых взносов

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

произвели совместную сверку расчетов по страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, пеням и штрафам в Фонд социального страхования Российской Федерации за период с _____ (дата)

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

№ п/п	Расчеты	По данным плательщика страховых взносов	По данным органа контроля за уплатой страховых взносов	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 плательщика страховых взносов, но не зачисленные на счета по учету доходов бюджетов			
5.	Невыясненные платежи			

(должность должностного лица органа контроля за уплатой страховых взносов, осуществляющего сверку расчетов)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата)

Согласовано плательщиком страховых взносов _____

("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 плательщика страховых взносов _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата)

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя плательщика взносов _____

Документ, подтверждающий полномочия представителя плательщика страховых взносов _____

* Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).

Форма 22-ПФР

Руководителю _____

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

Заявление о зачете 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 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» (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ) просит произвести:

- зачет сумм излишне уплаченных страховых взносов

- межрегиональный зачет сумм страховых взносов

(нужное
отметить
знаком «V»)

в следующих размерах:

(в рублях и копейках)

Наименование показателя	В Пенсионный фонд Российской Федерации					В Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	
	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 часть трудовой пенсии	на накопительную часть трудовой пенсии	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							
Пени							
Штрафы							

в счет уплаты:

(в рублях и копейках)

Наименование показателя	В Пенсионный фонд Российской Федерации					В Федеральный фонд обязательного медицинского страхования		
	всего	в том числе			по дополнительным тарифам		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 часть трудовой пенсии	на накопительную часть трудовой пенсии	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								
Пени								
Штрафы								

Наименование органа контроля за уплатой страховых взносов (Отделения ПФР), в котором плательщик страховых взносов состоит на регистрационном учете*

ИНН администратора доходов бюджета*

КПП администратора доходов бюджета*

Реквизиты счета органа Федерального казначейства по месту регистрации плательщика страховых взносов*

ИНН органа Федерального казначейства*

КПП органа Федерального казначейства*

Наименование банка*

БИК*

Расчетный счет*

Код бюджетной классификации*

Код ОКАТО*

(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

* Заполняется в случае проведения межрегионального зачета сумм страховых взносов.

** Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).

*** Заполняется при наличии главного бухгалтера.

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 _____

Руководителю _____

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

Заявление о зачете 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 _____,

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» просит произвести:

- зачет сумм излишне уплаченных страховых взносов

- межрегиональный зачет сумм страховых взносов

(нужное
отметить
знаком «V»)

в следующих размерах:

(в рублях и копейках)

Наименование показателя	На обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством
Страховые взносы	
Пени	
Штрафы	

в счет уплаты:

(в рублях и копейках)

Наименование показателя	На обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством
Страховые взносы	
Пени	
Штрафы	

Уточнение наименования платежа * _____

* Заполняется плательщиком страховых взносов в случае необходимости уточнить назначения платежа.

Наименование органа контроля за уплатой страховых взносов (Отделения Фонда социального страхования Российской Федерации), в котором плательщик страховых взносов состоит на регистрационном учете**

ИНН администратора доходов бюджета**

КПП администратора доходов бюджета**

Реквизиты счета органа Федерального казначейства по месту регистрации плательщика страховых взносов**

ИНН органа Федерального казначейства**

КПП органа Федерального казначейства**

Наименование банка**

БИК**

Расчетный счет**

Код бюджетной классификации**

Код ОКАТО**

(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 _____

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

*** Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).

**** Заполняется при наличии главного бухгалтера.

Форма 23-ПФР

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

Платательщик 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 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» (далее – Федеральный закон от 24 июля
2009 г. № 212-ФЗ) просит произвести возврат излишне уплаченных сумм:

- страховых взносов на обязательное пенсионное страхование, пеней, штрафов в
Пенсионный фонд Российской Федерации
- страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего
населения, пеней, штрафов в Федеральный фонд обязательного медицинского
страхования
- страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего
населения, 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

(нужное
отметить знаком
«V»)

в следующих размерах:

(в рублях и копейках)

Наименование показателя	В Пенсионный фонд Российской Федерации					В Федеральный фонд обязательного медицинского страхования		
	всего	в том числе			по дополнительным тарифам		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 часть трудовой пенсии	на накопительную часть трудовой пенсии	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								
Пени								
Штрафы								

путем перечисления денежных средств на счет плательщика страховых взносов

№ _____ в банке _____
(полное наименование банка)

ИНН _____ КПП _____ корреспондентский счет _____

БИК _____ ОКАТО _____

№ 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 _____

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

** Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).

*** Заполняется при наличии главного бухгалтера.

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

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» просит произвести возврат сумм излишне
уплаченных страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной
нетрудоспособности и в связи с материнством, пеней, штрафов в Фонд социального страхования
Российской Федерации в следующих размерах:

страховые взносы _____ руб., пени _____ руб., штрафы _____ руб.

путем перечисления денежных средств на счет плательщика страховых взносов

№ _____ в банке _____
(полное наименование банка)

ИНН _____ КПП _____ корп/счет _____

БИК _____ ОКАТО _____

№ лицевого счета* _____

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

(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

** Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).

*** Заполняется при наличии главного бухгалтера.

Форма 24-ПФР

Руководителю _____

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

Заявление о возврате сумм излишне взысканных 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 27 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» (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009г. № 212-ФЗ) просит произвести возврат излишне взысканных сумм:

- страховых взносов на обязательное пенсионное страхование, пеней, штрафов в Пенсионный фонд Российской Федерации
- страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, пеней, штрафов в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
- страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, 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

(нужное
отметить знаком
«V»)

в следующих размерах:

(в рублях и копейках)

Наименование показателя	В Пенсионный фонд Российской Федерации				В Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	
	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 часть трудовой пенсии	на накопительную часть трудовой пенсии	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						
Пени						
Штрафы						

путем перечисления денежных средств на счет плательщика страховых взносов

№ _____ в банке _____
(полное наименование банка)

ИНН _____ КПП _____ корреспондентский счет _____

БИК _____ ОКАТО _____

№ 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 _____

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

** Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).

*** Заполняется при наличии главного бухгалтера.

Руководителю _____

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

Заявление о возврате сумм излишне взысканных 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 _____,

код подчиненности _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

в соответствии со статьей 27 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» просит произвести возврат сумм излишне
взысканных страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной
нетрудоспособности и в связи с материнством, пеней и штрафов в Фонд социального страхования
Российской Федерации в следующих размерах:

страховые взносы _____ руб., пени _____ руб., штрафы _____ руб.

путем перечисления денежных средств на счет плательщика страховых взносов

№ _____ в банке _____
(полное наименование банка)

ИНН _____ КПП _____ корреспондентский счет _____

БИК _____ ОКАТО _____

№ лицевого счета * _____

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

(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 _____

** Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).

*** Заполняется при наличии главного бухгалтера.

Место штампа органа контроля
за уплатой страховых взносов

Форма 25-ПФР

Решение
о зачете сумм излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов

от _____

№ _____

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» (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ)

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

(фамилия, имя и отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

РЕШИЛ:

1. Произвести зачет сумм излишне уплаченных страховых взносов на основании:

заявления плательщика страховых взносов от «__» _____ 20__ г. № _____

акта совместной сверки расчетов по страховым взносам, пеням и штрафам от
«__» _____ 20__ г. № _____

решения суда от «__» _____ 20__ г. № _____

самостоятельного решения органа контроля за уплатой страховых взносов в
соответствие с частями 6 и 8 статьи 26 Федерального закона от 24 июля 2009 г.
№ 212-ФЗ

(нужное отметить
знаком «V»)

2. Отказать в проведении зачета сумм излишне уплаченных страховых взносов на основании:

несоблюдения срока, предусмотренного частью 13 статьи 26 Федерального
закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ

прочее

(нужное отметить
знаком «V»)

(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

ОКАТО

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

С кода бюджетной классификации	На код бюджетной классификации	Назначение платежа (платежи в счет будущих периодов, погашение задолженности по страховым взносам, пеням и штрафам на обязательное пенсионное и медицинское страхование)	Сумма (в рублях и копейках)

3. Произвести межрегиональный зачет сумм страховых взносов, пеней, штрафов на основании заявления плательщика страховых взносов от « ____ » _____ 20 ____ г. № _____

_____ (полное наименование организации (обособленного подразделения),

_____ фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

со счета УФК по _____

на счет УФК по _____ БИК _____ расчетный счет _____

банка ГРКЦ ГУ (НБ) Банка России по _____

в ГУ – Отделение Пенсионного фонда Российской Федерации по _____
(наименование Отделения ПФР)

ОКАТО _____

№ п/п	Сумма (в рублях и копейках)	Код бюджетной классификации

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

Место штампа органа контроля
за уплатой страховых взносов

Решение
о зачете сумм излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов

от _____ № _____

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» (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ)

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

(фамилия, имя и отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

РЕШИЛ:

1. Произвести зачет сумм излишне уплаченных страховых взносов на основании:

- заявления плательщика страховых взносов от «___» _____ 20__ г. № _____
- акта совместной сверки расчетов по страховым взносам, пеням и штрафам от «___» _____ 20__ г. № _____
- решения суда от «___» _____ 20__ г. № _____
- самостоятельного решения органа контроля за уплатой страховых взносов в соответствии с частями 6 и 8 статьи 26 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ

(нужное отметить
знаком «V»)

2. Отказать в проведении зачета сумм излишне уплаченных страховых взносов на основании:

- несоблюдения срока, предусмотренного частью 13 статьи 26 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ
- прочее

(нужное отметить
знаком «V»)

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

регистрационный номер в органе контроля за уплатой
страховых взносов _____,

код подчиненности _____,

ИНН _____,

КПП _____,

ОКАТО _____,

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

С кода бюджетной классификации	На код бюджетной классификации	Назначение платежа (платежи в счет будущих периодов, погашение задолженности по страховым взносам, пеням и штрафам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством)	Сумма (в рублях и копейках)

3. Произвести межрегиональный зачет сумм страховых взносов, пеней, штрафов на основании заявления плательщика страховых взносов от «__» _____ 20__ г. № _____

_____ (полное наименование организации (обособленного подразделения),

_____ фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

со счета УФК по _____

на счет УФК по _____ БИК _____ расчетный счет _____

банка ГРКЦ ГУ (НБ) Банка России по _____

в _____ (наименование регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации)

ОКАТО _____

№ п/п	Сумма (в рублях и копейках)	Код бюджетной классификации

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

Место штампа органа контроля
за уплатой страховых взносов

Форма 26-ПФР

**Решение
о возврате сумм излишне уплаченных (взысканных)
страховых взносов, пеней и штрафов**

от _____

№ _____

В соответствии _____ Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ
(со статьями 26/статьей 27 - указать)

«О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ)

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

(фамилия, имя и отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

РЕШИЛ:

1. Произвести возврат сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов на основании:

- заявления плательщика страховых взносов от «__» _____ 20__ г. № _____
 решения суда от «__» _____ 20__ г. № _____
 акта совместной сверки расчетов по страховым взносам, пеням и штрафам от
«__» _____ 20__ г. № _____

(нужное отметить
знаком «V»)

2. Отказать в проведении возврата сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов на основании:

- несоблюдения срока, предусмотренного частью 13 статьи 26 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ
 несоблюдения срока, предусмотренного частью 5 статьи 27 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ
 прочее

(нужное отметить
знаком «V»)

(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

ОКАТО

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

в следующих размерах:

(в рублях и копейках)

Наименование показателя	В Пенсионный фонд Российской Федерации					В Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	
	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 часть трудовой пенсии	на накопительную часть трудовой пенсии	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							
Пени							
Штрафы							
Проценты на сумму излишне взысканных страховых взносов							

Суммы излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов подлежат возврату путем перечисления денежных средств на счет плательщика страховых взносов:

№ _____ в банке _____
(полное наименование банка)

ИНН _____ КПП _____ корреспондентский счет _____

БИК _____ ОКАТО _____

№ лицевого счета* _____

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

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

Место штампа органа контроля
за уплатой страховых взносов

Решение
о возврате сумм излишне уплаченных (взысканных)
страховых взносов, пеней и штрафов

от _____

№ _____

В соответствии _____ Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ
(со статьёй 26/статьёй 27 - указать)

«О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ)

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

(фамилия, имя и отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

РЕШИЛ:

1. Произвести возврат сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов на основании:

- заявления плательщика страховых взносов от «___» _____ 20__ г. № _____
 решения суда от «___» _____ 20__ г. № _____
 акта совместной сверки расчетов по страховым взносам, пеням и штрафам от
«___» _____ 20__ г. № _____

(нужное отметить
знаком «V»)

2. Отказать в проведении возврата сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов на основании:

- несоблюдения срока, предусмотренного частью 13 статьи 26 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ
 несоблюдения срока, предусмотренного частью 5 статьи 27 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ
 прочее

(нужное отметить
знаком «V»)

(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 _____

ОКАТО _____

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

(в рублях и копейках)

Наименование показателя	Сумма
Страховые взносы на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством	
Пени	
Штрафы	
Проценты на сумму излишне взысканных страховых взносов	

Суммы излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов подлежат возврату путем перечисления денежных средств на счет плательщика страховых взносов:

№ _____ в банке _____
(полное наименование банка)

ИНН _____ КПП _____ корреспондентский счет _____

БИК _____ ОКАТО _____

№ лицевого счета* _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

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

Место штампа органа контроля
за уплатой страховых взносов

Решение
о зачете сумм излишне взысканных страховых взносов, пеней и штрафов

от _____

№ _____

В соответствии со статьей 27 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» (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ)

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

(фамилия, имя и отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

РЕШИЛ:

Произвести зачет сумм излишне взысканных страховых взносов на основании:

- заявления плательщика страховых взносов от «___» _____ 20__ г. № _____
- решения суда от «___» _____ 20__ г. № _____
- самостоятельного решения органа контроля за уплатой страховых взносов в соответствии с частью 2 статьи 27 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ

(нужное отметить
знаком «V»)

(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

ОКАТО

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

С кода бюджетной классификации	На код бюджетной классификации	Назначение платежа (платежи в счет будущих периодов, погашение задолженности по страховым взносам, пеням и штрафам на обязательное пенсионное и медицинское страхование)	Сумма (в рублях и копейках)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

Место штампа органа контроля
за уплатой страховых взносов

Решение
о зачете сумм излишне взысканных страховых взносов, пеней и штрафов

от _____

№ _____

В соответствии со статьей 27 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» (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ)

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

РЕШИЛ:

Произвести зачет сумм излишне взысканных страховых взносов на основании:

заявления плательщика страховых взносов от «___» _____ 20__ г. № _____

решения суда от «___» _____ 20__ г. № _____

самостоятельного решения в соответствии с частью 2 статьи 27 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ

(нужное отметить
знаком «V»)

(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 _____,

ОКАТО _____,

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

С кода бюджетной классификации	На код бюджетной классификации	Назначение платежа (платежи в счет будущих периодов, погашение задолженности по страховым взносам, пеням и штрафам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством)	Сумма (в рублях и копейках)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов