

Приложение № 4  
к приказу Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации

от 07 июня 2023 г.,  
№ 1027

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_

(должность руководителя (заместителя руководителя)  
территориального органа Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации, фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

### Заявление

о возврате суммы излишне взысканных страховых взносов, пеней и штрафов в Фонд  
пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Страхователь \_\_\_\_\_

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

регистрационный номер в территориальном  
органе Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации

ИНН \_\_\_\_\_

КПП \_\_\_\_\_

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

в соответствии со статьей 26<sup>13</sup> 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, пеней и штрафов (нужное  
подчеркнуть) в Фонд пенсионного и 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)

ФОНД ПЕНСИОННОГО И  
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ОСФР по Краснодарскому краю  
№ 01/196535 от 26.07.2023

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

БИК \_\_\_\_\_ ОКТМО \_\_\_\_\_

№ лицевого счета \_\_\_\_\_ КБК \_\_\_\_\_

(наименование финансового органа)

(должность руководителя  
организации (обособленного  
подразделения)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при  
наличии)

(контактный телефон)

Главный бухгалтер  
(заполняется при наличии  
главного бухгалтера)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при  
наличии)

(контактный телефон)

от \_\_\_\_\_  
(дата)Место печати (при  
наличии) страхователяЗаконный или  
уполномоченный  
представитель страхователя

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при  
наличии)

(дата)

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность законного или уполномоченного  
представителя страхователяНаименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного или  
уполномоченного представителя страхователя
