

Форма 22-ФСС РФ

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
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:

<input type="checkbox"/>	- зачет сумм излишне уплаченных страховых взносов	(нужное отметить знаком “V”)
<input type="checkbox"/>	- межрегиональный зачет сумм страховых взносов	

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		

в счет уплаты:

(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		

Уточнение наименования 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 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)
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 плательщиком страховых взносов 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.