



ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОГО ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 44551

от "05" декабря 2016 г.

П Р И К А З

МОСКВА № 457

17 ноября 2016 г.

**Об утверждении форм документов,  
применяемых при осуществлении зачета или возврата  
сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов  
на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на  
производстве и профессиональных заболеваний, пеней и штрафов  
в Фонд социального страхования Российской Федерации**

В соответствии со статьями 26<sup>12</sup>, 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2016, № 27, ст. 4183) **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

форму акта 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 (форма 21 - ФСС РФ) согласно приложению № 1;

форму заявления 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 (форма 22 - ФСС РФ) согласно приложению № 2;

форму заявления 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 (форма 23 - ФСС РФ) согласно приложению № 3;

форму заявления 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 (форма 24 - ФСС РФ) согласно приложению № 4;

форму решения 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 (форма 25 - ФСС РФ) согласно приложению № 5;

форму решения о возврате сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, пеней и штрафов в Фонд социального страхования Российской Федерации (форма 26 - ФСС РФ) согласно приложению № 6;

форму решения о зачете 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 (форма 27 - ФСС РФ) согласно приложению № 7.

2. Установить, что настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2017 года.

Председатель Фонда



А.С. Кигим



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) | (нужное отметить знаком «V») |
| <input type="checkbox"/> | - межрегиональный зачет сумм страховых взносов   |                              |

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 размеров:

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.

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.