附件：

工伤保险退费申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位编号 |  | 单位名称 |  |
| 法人姓名 |  | 法人身份证号 |  |
| 工伤保险退费银行账户信息 | 户 名 |  | |
| 开户行 |  | |
| 银行账号 |  | |
| 经办人签字： |  | 联系电话 |  |

日期： 年 月 日 （公章）