退费申请

中国职工保险互助会青岛办事处：

（单位名称）， 年 月参加职工 互助保障计划，参保人数 人，应缴保费 元，实缴保费 元，因 （原因），多缴保费 元，现申请予以退回。

退回账户名称：

银行账号：

开户行名称：

金额： （元）

单位名称盖章：

经办人签名：

年 月 日