附件4

**申请返还项目劳保费专户及经办人信息表**

**劳保统筹账户信息：**

账户名：

账 号：

开户行：

**经办人信息：**

姓名： 联系电话：

经办人身份证复印件粘贴处

单位（盖章）：

年 月 日