

..... İL/İLÇE  
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞINA  
..... [İL MÜDÜRLÜĞÜ / SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİ]

Konu: SGK geri ödeme (iade) talebi

Başvuran : [Ad Soyad - T.C. Kimlik No - Adres - Telefon - E-posta]  
(Varsa) SGK Sicil No : [\_\_\_\_\_]  
(Varsa) İşyeri Sicil No / Vergi No : [\_\_\_\_\_]

Açıklamalar:

[1] Kurumunuz nezdinde tarafımdan/işyerimizce yapılan ödeme/ kesinti kapsamında;  
[prim/ıdarî para cezası/sağlık gideri/katılım payı/iş göremezlik ödemesi/diğer] kalemine  
ilişkin olarak [..../..../20....] tarihinde [banka/ödeme kanalı] aracılığıyla [tutar] TL ödeme  
yapılmıştır.

[2] Söz konusu ödemenin iadesini gerektiren neden: [fazla/yersiz tahsilat, mükerrer  
ödeme, hatalı tahakkuk, iptal edilen borç, sehven yapılan ödeme, yanlış dönem/kod ile  
ödeme, mahkeme/kurum kararı, diğer].

[3] Ödemeye ilişkin bilgiler:

Ödeme Tarihi : [..../..../20....]  
Ödeme Tutarı : [\_\_\_\_\_] TL  
Ödeme Kanalı/Banka : [\_\_\_\_\_]  
Dekont/Referans No : [\_\_\_\_\_]  
Dönem / İşlem : [.... / 20....] (varsa)

[4] İadenin yapılmasını istediğim hesap bilgileri (varsa):

Banka : [\_\_\_\_\_]  
IBAN : TR \_\_\_\_\_  
Hesap Sahibi : [Ad Soyad / Unvan]

Talep:

Yukarıda arz edilen nedenlerle; Kurumunuzca [fazla/yersiz/mükerrer] tahsil edilen [tutar]  
TL'nin tarafıma iade edilmesini, başvurumun değerlendirilerek sonucunun  
yazılı/elektronik olarak bildirilmesini arz ederim.

Gereğini arz ederim.

....., .... / .... / 20....

[Başvuran]

Adı Soyadı : \_\_\_\_\_  
T.C. Kimlik No : \_\_\_\_\_  
(Varsa) SGK Sicil No : \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Telefon : \_\_\_\_\_  
E-posta : \_\_\_\_\_  
İmza

Ekler:

- 1) Ödeme dekontu / makbuz
- 2) (Varsa) Hatalı tahakkuk/borç dökümü çıktısı
- 3) (Varsa) İptal/karar yazısı (mahkeme/kurum yazısı vb.)
- 4) (Varsa) IBAN bilgisi / banka hesap bilgileri