附件

企业缓缴职工医疗保险费审批表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 法定代表人 |  |
| 所有制性质 |  | 上级主管部门 |  |
| 详细地址（含邮编） |  | 联系人及联系电话 |  |
| 参保登记机构 |  | 社会保险登记证号码 |  |
| 参保险种及参保时间 |  | 参保人数 |  |
| 申请缓缴起止时间 |  | 申请缓缴月数 |  |
| 申请缓缴金额 | 约 元（小写）  约 元（小写） | | |
| 单位承诺 | 受疫情影响，本企业生产经营出现严重困难，已连续 月累计亏损，情况属实，若有弄虚作假由企业承担后果。现申请缓缴职工医疗保险费（预计免收滞纳金约 万元），并郑重承诺在缓缴期满后及时、足额缴纳到位。  年 月 日  （单位盖章） | | |
| 市医疗保障事务中心意见：    年 月 日  （单位盖章） | | | |
| 市医疗保障局审批意见：  年 月 日  （单位盖章） | | | |

备注：此表一式三份，市医保局、市医保中心、企业。