

附件2

申请医保（生育）缓缴企业花名册

填报单位（签章）：

填报时间：

序号	企业名称	所有制性质	参保人数	申请时间	初审是否符合	联系人	联系电话	备注
1								
2								
...								

单位负责人：

科室负责人：

经办人：

联系电话：

信息公开选项：主动公开

抄送：市委营商办。

遂宁市医疗保障局办公室

2020年9月7日印发