

附件 1

企业缓缴职工医保（生育）费审核表

单位名称		法定代表人	
所有制性质		单位管理码	
企业行业主管部门		企业联系人及电话	
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）		
申请承诺	<p>受疫情影响，本企业生产经营出现严重困难，已连续____月亏损，情况属实。现申请缓缴职工医疗保险费（预计约_____万元），并郑重承诺在缓缴期满后及时、足额缴纳到位（若企业弄虚作假或不履行缴费承诺，由企业承担相应法律后果）。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 (单位盖章)</p>		
行业主管部门联系人		联系电话	
<p>企业行业主管部门意见:</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 (单位盖章)</p>			
<p>医保部门意见:</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 (单位盖章)</p>			

备注：此表一式三份，企业行业主管部门、医保中心、企业各留存一份。