

附件 2

## 新冠肺炎疫情期间中小微企业缓缴养老/工伤/失业 保险费申请表

申请单位名称 (章)		法定代表人	
所有制性质		上级主管部门	
登记注册地		实际经营地	
统一社会信用代码			
详细通信地址			邮政编码
联系人		联系电话	办公
			移动
核定的单位缴费基数		参保缴费人数	
核定的个人缴费基数		月应缴费额	单位
			个人
申请缓缴额		缓缴期限	

注：本表仅限于受疫情影响的中小微企业向参保地社保局申请缓缴时使用。