|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **社会保险费缓缴申请表**  单位名称（章）： 单位编号： 所属辖区： 单位规模：中小微/大型 | | | | | | |
| **申请缓缴险种** | | **缓缴开始时间** | | **缓缴终止时间** | | **备注** |
| □ | 基本养老保险 |  | |  | |  |
| □ | 失业保险 |  | |  | |  |
| □ | 工伤保险 |  | |  | |  |
| □ | 医疗（生育）保险 |  | |  | |  |
| **承 诺 书**  我单位属于受新冠肺炎疫情影响，生产经营出现严重困难，申请办理缓缴业务，现就有关事宜作如下承诺，并愿意承担相关法律责任：  1、我单位属于下列情形之一，申请缓缴，情况真实。 1 □无力支付职工最低工资或当期货币资金扣除应付职工工资后，不足以缴纳当期社会保险费的；   □我市疫情解除后，难以正常生产经营，复工率达不到50%以上的；   □生产经营出现严重困难的其他情形。  2、我单位申请办理缓缴业务，提供的资料及填报的信息真实有效、准确无误。  3、我单位已知晓缓缴社会保险费的各项规定，并已将相关事宜告知单位全体职工。   4、如发生与上述承诺不符问题，我单位将承担由此引起的全部责任。    经办人签字： 法定代表人签字：    年 月 日 | | | | | | |
| 社保经办机构  审核意见  （盖章）  年 月 日 | | | 市人社行政部门  批准意见  （盖章）  年 月 日 | | 市医保行政部门  批准意见  （盖章）  年 月 日 | |
| 注：  1、此表仅适用于受新冠肺炎疫情影响，生产经营出现严重困难的参保单位申请缓缴社会保险费；  2、此表一式二份，参保单位、社保经办机构各一份。 | | | | | | |