特困行业企业阶段性缓缴社会保险费申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |   | 法定代表人 |   |
| 统一社会信用代码（或组织机构代码） |   | 缓缴险种 |   |
| 参保时间 |   | 参保人数 |   |
| 申请缓缴起止时间 |   | 限缴日期 |   |
| 单位承诺 | 本企业属于行业，受疫情等影响，生产经营出现严重困难，现按规定申请缓缴保险费，并郑重承诺：所提供的材料（营业执照复印件等）属实，在缓缴期间按时足额缴纳职工个人部分，在缓缴期满后及时将单位缓缴部分足额缴纳到位。年月日（单位盖章） |
| 参保地经办机构意见： |
| 按照企业申请和营业执照复印件，同意其缓缴费，缓缴期限为202 年月至202 年月。 |
| 年月日（单位盖章） |

备注：此表一式2份，缓缴企业、参保地经办机构各1份。