附件3

中小微企业申请阶段性缓缴社会保险费承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 本企业属于中小微企业，受疫情等影响，生产经营出现暂时困难，现按规定申请缓缴 保险费，并郑重承诺：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） |
| 参保地社保经办机构意见：根据企业申请，同意缓缴 保险费，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，企业、参保地社保经办机构各1份。