附件2

困难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，生产经营出现困难，现已连续三个月累计亏损，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） | | | |
| 人力资源社会保障行政部门意见：  同意该企业缓缴 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3份，企业、参保地社保经办机构、人力资源社会保障行政部门各1份。