附件

缓缴社会保险费申请核准表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 社会保险单位编号 |  | | |
| 单位所在地 |  | | |
| 单位法人 |  | 联系电话 |  |
| 具体经办人 |  | 联系电话 |  |
| 现有职工人数 |  | 参保缴费人数 |  |
| 申请期限 | 自 年 月 日至 年 月 日 | | |
| 单位申请理由及承诺 | 本企业受疫情影响生产经营出现严重困难，申请缓缴前已连续3个月亏损，现申请延长社会保险缴费期，并郑重承诺在缓缴期满后及时、足额缴纳到位。  单位盖章：  年 月 日 | | |
| 参保地社会保险经办机构核准意见 | 经核，同意该单位从 年 月 日至 年 月 日缓缴 费。缓缴期限结束后该单位于 年 月 日补清缓缴的社会保险费。  单位盖章：  年 月 日 | | |
| 参保地同级人力资源社会保障行政部门审批意见 | 单位盖章：  年 月 日 | | |

注： 1.疫情指新型冠状病毒感染的肺炎疫情，社会保险费范围为养老保险费、失业保险费、工伤保险费。

2.缓缴月数：月数为1-6个月，最短为1个月（例：2020年7月至7月），最长为6个月（例：2020年3月至8月）。

3.本表一式三份，用人单位、参保地社会保险经办机构各存一份，向参保地人力资源和社会保障行政部门备案一份。