附件

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 阶段性缓缴职工基本医疗保险单位缴费申报承诺书  （适用于未做“阶段性缓缴”标识的企业） | | | |
| **单位编号** |  | **统一社会信用代码** |  |
|
| **单位名称** |  | | |
| 本单位郑重承诺 | | | |
| **企业划型** | 根据《关于印发中小企业划型标准规定的通知》(工信部联企业〔2011〕300号)等规定，我单位“企业划型”为[ ]中型企业、[ ]小型企业、[ ]微型企业、[ ]个体工商户、[ ]其他。 | | |
| **申请内容** | 本单位符合《国家医保局 国家发展改革委 财政部 国家税务总局关于阶段性缓缴职工基本医疗保险单位缴费的通知》(医保发〔2022〕21号)要求，可以享受职工基本医疗保险单位缴费缓缴政策。现确认申请缓缴以下费款：  2022 年[ ]月—[ ]月职工基本医疗保险单位缴费。  在阶段性缓缴期结束后，及时足额进行缓缴期间医保费补缴。本单位承诺对上述情况的真实性负责，如有虚假，愿承担相关法律责任。  特此承诺。  单位名称(公章) 年 月 日 | | |

|  |
| --- |
| 武汉市医疗保障局办公室 2022年7月28日印发 |