附件

|  |
| --- |
| 定西市应对疫情影响医疗保险缴费缓缴申请审核表 |
| 缴费单位识别号 | 　 | 缴费单位名称 | 　 |
| 经营地址 | 　 | 法人代表 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 参加医疗保险职工人数 | 　 | 核定基数 | 　 | 缴费比例(%) | 　 |
| 申请缓缴医保费情况（先完成缴费申报以确定金额） | 征收项目 | 申请缓缴费用时期 | 申请缓缴金额 (元) |
| 基本医疗保险 (含生育保险) | 自2020年 月 日至 月 日共 个月。 | 　 |
| **申请理由：****缓缴期满补缴医疗保险费承诺：**（应该包含：承诺上述情况属实，并承诺于\*\*\*\*年\*\*月\*\*日前如期、如数补缴医疗保险费。）经办人（签字） 法人代表(签字) 单位(盖章）  2020年 月 日 |
| 医保经办机构意见 | 医保行政部门意见 |
| 缓缴期限：经办人（签字）： 负责人（签字）： （公章）  年  月  日 | 准予缓缴期限： 负责人：  （公章） 年  月  日 |
| **备注：**缓缴期间，如遇职工办理退休、转移、退工和死亡的，按政策一次性为其补缴医疗保险费。本表一式五份，申请单位，经办机构，医保、财政、税务部门各一份。 |