

受疫情影响缓缴社会保险费申请表

单位名称		单位编号	
单位所在地			
单位法人		联系电话	
社保经办人		联系电话	
现有职工人数		已参保缴费人数	
申请期限	自 年 月 日至 年 月 日		
单位申请理由	企业法人代表签章： 单位公章： 年 月 日		
社会保险经办机构审核意见	经审核，拟同意该单位从 年 月 日至 年 月 日缓缴职工基本（养老/失业/工伤）保险费。缓缴期限结束后该单位应于 年 月 日前补清缓缴基本（养老/失业/工伤）保险费。 征缴部门： 年 月 日 稽核部门： 年 月 日		
	经办机构领导： 年 月 日		