|  |
| --- |
| 附件3-2参保单位缓缴社会保险费申请表（享受全免政策单位） |
| 申请单位名称： |  |  |  |
| 单位社保编号 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 2020年社会保险已缴费情况 | 企业职工养老保险：（ ）月至（ ）月 | 失业保险：（ ）月至（ ）月 | 工伤保险：（ ）月至（ ）月 |
| 企业职工养老保险个人缴费部分 | 2月应缴费缓缴至： 5月□、6月□、7月□；3月应缴费缓缴至： 5月□、6月□、7月□、8月□；4月应缴费缓缴至： 5月□、6月□、7月□、8月□、9月□；5月应缴费缓缴至： 6月□、7月□、8月□、9月□、10月□；6月应缴费缓缴至： 7月□、8月□、9月□、10月□、11月□。 |
| 失业保险个人缴费部分 | 2月应缴费缓缴至： 5月□、6月□、7月□；3月应缴费缓缴至： 5月□、6月□、7月□、8月□；4月应缴费缓缴至： 5月□、6月□、7月□、8月□、9月□；5月应缴费缓缴至： 6月□、7月□、8月□、9月□、10月□；6月应缴费缓缴至： 7月□、8月□、9月□、10月□、11月□。 |
| 本单位承诺：受疫情影响，本单位面临暂时性生产经营困难，确实无力足额缴纳社会保险费。经与职工协商一致，现申请缓缴代扣代缴个人缴费部分，全部职工已知晓缓缴期间企业基本养老保险个人账户应缴费额不计息。缓缴期满前，本单位将及时足额缴费。上述申报信息真实，对失真失信造成的后果承担相应责任。 |
| 本单位承诺： |
|  单位公章：  法定代表人签字： 年 月 日 |

备注：用人单位与职工协商一致，也可同时申请缓缴代扣代缴个人缴费部分，并填写承诺项。