附件2：

**中小微企业放弃阶段性缓缴申请书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | | |
| 医疗保险  单位编号 |  | | |
| 单位经办 |  | 联系电话 |  |
| 申请缴纳  缓缴期间医保费 | 年 月至 年 月 | | |
| **单位申请：**  本单位自愿放弃2022年7月起对中小微企业、以单位方式参保的个体工商户缓缴3个月职工医保单位（含生育保险费）缴费的医保优惠政策，申请正常缴纳职工医保费（含生育保险费）。  **单位公章**  年 月 日 | | | |

参保医保行政区：福州市医疗保障基金中心

受理时间： 年 月 日