线下缓缴社会保险费申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社保编码 |  | | 单位性质 | |  | |
| 统一信用代码 | |  | | | | |
| 所属行业 | □餐饮 □零售 □旅游 □民航 □公路水路铁路运输业  （请在对应□内划√） | | | | | |
| 联系人 |  | | | 联系号码 | |  |
| 本单位承诺受到疫情影响导致生产经营困难、无力缴纳社会保险费的情况属实、申报情况真实，对失真失信造成的后果承担相应责任。本单位已详细了解并知晓本次职工基本养老保险费缓缴政策，缓缴期满后在国家政策规定的时间内，及时筹措资金依规补缴缓缴的费款。同时，职工在缓缴期间申领养老保险待遇、办理社会保险关系转移、在职人员死亡等业务时，单位会先补齐缓缴的社会保险费，保障职工的社会保险权益。  单位公章：  法定代表人签字：  年 月 日 | | | | | | |

单位名称： 单位：人、万元