附件1

中小微企业承诺函

                       公司，属于         行业，上年末从业人员       人、营业收入        万元、资产总额       万元，符合         型企业划型标准规定。

     本企业对上述承诺内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

                                企业名称（盖章）

                          年  月  日

附件2

|  |  |
| --- | --- |
| 阶段性缓缴职工医保单位缴费调度统计表 |   |
| 填报单位：     市医疗保障局 |   |   |   |   | 报送时间：    年    月    日 |   |
| 序号 | 设区市 | 政策落实情况 | 职工医保参保征缴情况 | 缓缴情况 | 补缴情况 |   |
| 是否发文 | 发文时间 | 是否贯彻落实 | 用人单位缴费费率（含生育保险） | 参保用人单位总数（万家） | 职工医保参保人数（万人） | 涉及用人单位数（万家） | 涉及参保职工人数（万人） | 缓缴医保费（万元） | 补缴用人单位数（万家） | 涉及参保职工人数（万人） | 补缴医保费（万元） |   |
| 甲栏 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |   |
| 1 |    市 | 　 | 　 | 　　 | 　 | 　 |   | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　　 |   |
| … | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |   | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　　 |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 填表人：                                               联系电话：                                        手机号码： |   |   |
| 备注：2022年8月至2023年1月，每月5日前报送截至上月底情况，报至省医疗保险基金管理中心，联系人：魏树君，电话：025-83347362，电子邮箱：jsybjjk@163.com |   |