缓缴承诺书

经查，本单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(统一社会信用代码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)暂未纳入我市实施阶段性缓缴职工基本医疗保险单位范围。

为确保本单位及时享受缓缴政策，现承诺：本单位符合《关于实施阶段性缓缴职工基本医疗保险单位缴费的通知》(锡医保服务〔2022〕17号)规定的实施阶段性缓缴的用人单位划型范围；本单位将按照医保部门受理本承诺之日的政策解释口径，享受规定的缓缴政策。

单位名称（公章）：

年 月 日