取消缓缴申请书

本单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(统一社会信用代码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)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)规定的用人单位范围，因故申请正常缴纳基本医疗保险单位部分，放弃享受缓缴单位缴费政策。

单位名称（公章）：

年 月 日