

附件 2

## 云南省社会保险费缓缴申请表

填报单位（签章）：

年 月 日

参保单位名称	
参保单位编号	
参保单位类型	大型 <input type="checkbox"/> 中小微（含以单位方式参保的个体工商户） <input type="checkbox"/> 社会组织 <input type="checkbox"/> 参加企业职工基本养老保险的事业单位 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>
缓缴险种	养老保险 <input type="checkbox"/> 失业保险 <input type="checkbox"/> 工伤保险 <input type="checkbox"/>
缓缴部分	单位缴费部分
缓缴期限	2022 年 月至 月，共计 月
缓缴理由	

单位负责人：

填表人：

年 月 日

注：1. 参保单位名称及编号为在经办机构办理参保登记时所用单位名称及编号；  
2. 在“参保单位类型”“缓缴险种”栏目中方框内打“√”。