

附件 1

## 企业划型承诺函

单位名称：\_\_\_\_\_

单位医保编码：\_\_\_\_\_

本单位郑重声明，根据《工业和信息化部 国家统计局 国家发展和改革委员会 财政部关于印发中小企业划型标准规定的通知》（工信部联企业〔2011〕300号）规定的划分标准，本单位从事\_\_\_\_\_行业，资产总额\_\_\_\_\_万元，2021年营业收入\_\_\_\_\_万元，目前从业人数\_\_\_\_\_人，为\_\_\_\_\_（请填写：大型、中型、小型、微型）企业。

缓缴起止时间：从2022年\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_月，共\_\_\_\_\_个月。

缓缴金额：\_\_\_\_\_元。

本单位对上述声明的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任，并郑重承诺在缓缴期满后将缓缴保费及时、足额缴纳到位。本函一式三份，企业、医保经办机构、税务部门各留存一份。

企业名称（盖章）：

年 月 日