附件

分期清缴医疗保险费申请（参考模板）

柳州市医疗保障事业管理中心：

我单位（单位编号：××）由于××××××原因，×年×月至×年×月期间欠缴职工基本医疗保险费（含生育保险）合计金额×元。根据我单位的生产经营情况，无法一次性补缴欠费，我单位承诺：当年保费按时缴纳的情况下，申请分期清缴历年欠费，清欠计划如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **欠费年月** | **欠费金额（元）** | **计划清欠年月** | **备注** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **欠费金额合计** |  | **————** |  |

本单位所述情况及提交材料真实、准确、合法，如有弄虚作假，本单位依法承担相关法律责任。

附：2022年××月财务报表（加盖单位公章）

 ××××单位名称（公章）

 年 月 日