缓缴撤销申请

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_医保中心：

我单位因□工作需要□注销□其他原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，现自愿放弃享受此次缓缴政策，按月正常缴纳职工医疗保险费。

特此申请。

单位名称（盖章）

2022年 月 日