缓缴书面承诺

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_医保中心：

我单位属□中小微型企业□社会组织（社会团体、基金会、社会服务机构、律师事务所、会计师事务所等）□单位方式参保的个体工商户。

特此承诺。

单位名称（盖章）

2022年 月 日