

山东省医疗保障局
山东省发展和改革委员会
山东省财政厅文件
国家税务总局山东省税务局
国家税务总局青岛市税务局

鲁医保发〔2022〕21号

关于阶段性缓缴职工基本医疗保险
单位缴费的通知

各市人民政府：

为贯彻落实《国家医保局 国家发展改革委 财政部 国家税务总局关于阶段性缓缴职工基本医疗保险单位缴费的通知》（医保发〔2022〕21号），助力企业纾困解难，稳住就业，保障基本民生，经省政府同意，现就阶段性缓缴职工基本医疗保险（含生育保险，以下简称职工医保）单位缴费有关工作通知如下。

一、对中小微企业实施阶段性缓缴职工医保单位缴费政策。
自2022年7月起，对中小微企业（含以单位方式参保的个体工

商户,下同)缓缴费款所属期为7月至9月的职工医保单位缴费,缓缴期间免收滞纳金。已完成属期7月份医保费缴纳的中小微企业,可缓缴费款所属期为8月至10月的职工医保单位缴费。正处于职工医保中断缴费状态的中小微企业,补齐2022年6月及以前中断缴费后可享受缓缴政策。社会团体、基金会、社会服务机构、律师事务所、会计师事务所等社会组织参照执行。

二、及时按规定补齐缓缴期间的缴费。缓缴费款所属期为7月至9月职工医保单位缴费的企业,应于2022年10月底前按规定补齐缓缴的费款,未按时补齐缓缴费款的企业,自10月1日起计算滞纳金;缓缴费款所属期8月至10月职工医保单位缴费的企业,应于2022年11月底前按规定补齐缓缴的费款,未按时补齐缓缴费款的企业,自11月1日起计算滞纳金。

三、确保缓缴期间参保人待遇应享尽享。中小微企业缓缴职工医保单位缴费,不影响该企业参保人享受医保待遇。缓缴期间,参保人发生的符合基本医保政策规定的医疗费用应及时报销、应报尽报,确保基本医保报销水平保持稳定不降低,并按规定正常报销生育医疗费。

四、全面推行“免申即享”经办模式。符合条件的中小微企业无需提出缓缴申请即可享受缓缴单位缴费政策。中小微企业具体标准参考《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)等划型规定,在市政府统一安排部署下,由市医疗保障、税务部门会同相关部门确定缓缴企业名单,并由

各市医保经办机构按照统一的技术要求在医保信息系统中增加缓缴标志。名单范围内的企业，可根据自身经营状况，通过医保部门网上经办服务系统或到参保地医保经办服务大厅，直接确认是否享受缓缴；不在名单范围内企业，如符合缓缴条件，可携带相关证明材料和承诺书（表样见附件），向参保地医保经办机构申请纳入缓缴企业名单，医保经办机构于3个工作日内完成审核。各市要做好政策宣传，按照“免申即享”经办要求，优化工作流程，减轻企业事务性负担。8月底前新开办且参保登记的企业，符合条件的可自参保当月起申请缓缴。

五、切实保障好相关企业职工合法权益。缓缴期限内，中小微企业应依法履行代扣代缴职工个人缴费的义务，正常申报职工医保费信息，确保职工连续参保，个人账户（含单位缴费划入部分）正常计入。参保人员出现离职、申请办理职工医保退休人员待遇、办理关系转移等情形的，企业应为其补齐缓缴的职工医保单位缴费。企业出现注销等情形的，应在注销前缴纳缓缴的缴费。

六、做好调度统计分析等工作，确保缓缴政策平稳实施。各市要加强缓缴信息调度，做好统计监测，各市医疗保障局将缓缴信息按月汇总（汇总表将按照国家要求统一制发）后统一报省医疗保障局，由省医疗保障局与省税务局、青岛市医疗保障局与青岛市税务局定期核对。要切实加强基金管理，强化基金运行分析，管控运行风险，确保基金安全。省医疗保障、税务等部门要建立信息沟通共享机制，做好企业和职工参保缴费、企业缓缴等基础

业务信息共享，强化部门工作协同。

各市要提高政治站位，统一思想认识，精心组织实施，确保阶段性缓缴职工医保单位缴费政策落实到位。各市医疗保障、发展改革、财政和税务等部门要切实履职尽责，加强沟通协作，健全工作机制，抓好政策落地见效。执行中遇有情况和问题，要按照部门职责，分别报告省医保局、省发展改革委、省财政厅、省税务局和青岛市税务局。符合条件的省直参保中小微企业缓缴政策按照本通知规定执行。

附件：缓缴职工医保单位缴费承诺书



山东省医疗保障局



山东省发展和改革委员会



山东省财政厅



国家税务总局山东省税务局



国家税务总局青岛市税务局

2022年7月22日

（此件主动公开）

附件

缓缴职工医保单位缴费承诺书

我单位承诺：单位划型符合《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）规定的中小微企业，申请缓缴职工医保单位缴费的信息真实有效，承诺缓缴期间依法履行好职工个人应缴纳部分代扣代缴义务，并于缓缴期满后依法完成职工医保单位缴费，如有不实，愿意按照《中华人民共和国劳动法》和《中华人民共和国社会保险法》等有关规定承担相应责任，并补缴缓缴的职工医保单位缴费本金和滞纳金。若提供虚假信息，一切后果由我单位承担。

承诺单位（章）：

单位法定代表人签字：

年 月 日

