

TÊN ĐƠN VỊ QUẢN LÝ
(nếu có)
TÊN ĐƠN VỊ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số:/....

V/v đề nghị tạm dừng đóng vào quỹ
hưu trí và tử tuất

Kính gửi: BHXH tỉnh/huyện (nơi đang tham gia BHXH)

1. Tên đơn vị:
2. Mã số đơn vị:
3. Mã số thuế:
4. Số lao động phải giảm theo quy định tại Điều 5 Quyết định số .../2021/QĐ-TTg ngày .../.../2021:người, trong đó số lao động đang ngừng việc mà thời gian ngừng việc từ 14 ngày làm việc trở lên trong tháng là: người (danh sách chi tiết kèm theo).
5. Đề nghị tạm dừng đóng vào quỹ hưu trí và tử tuất là tháng, từ tháng năm đến tháng năm
6. Hồ sơ kèm theo (nếu có):

....., ngày ... tháng ... năm

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ
(Ký tên và đóng dấu)