附件1

社会保险基金监督举报事项记录单

单位： 编号：年份—序号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接收时间 | 年 月 日 | | 举报形式 | □现场□电话□传真□来信□网络邮件  □其他 | | 是否实名举报 | | □是  □否 |
| 举报人  基本情况 | 姓名  /单位 |  | 身份证  号码 |  | | 联系  电话 | |  |
| 家庭住址/  单位地址 | |  | | | | | |
| 被举报人  基本情况 | 姓名  /单位 |  | 身份证号码/统一社会信用代码 |  | | 联系  电话 | |  |
| 家庭住址/  单位地址 | |  | | | | | |
| 举报事项  （详细材料可附后） | 摘要：  证据材料：1.  2. | | | | | | | |
| 审查情况 |  | | | | | | | |
| 处理建议 | □受理 □不予受理 □转办 □移送其他部门 □其他    经办人： 日期： | | | | | | | |
| 基金监督  机构主要  负责人意见 | 日期： | | | | | | | |
| 记录人签名 |  | | | | 是否需要  回避 | | □是 □否 | |