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 |