附件5

社会保险基金监督举报事项中止调查审批单

单位： 记录人：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 摘要： |
| 受理情况 |  年 月 日受理（或 年 月 日受理，并作行政立案调查处理） |
| 中止办理的情况 | □举报涉及法律、法规、规章或者政策适用问题，需要有权机关作出解释或者确认的。□因被举报人或者有关人员下落不明等，无法继续办理的。□因被举报的机构、单位终止，尚未确定权利义务承受人，无法继续办理的。□无因自然灾害等不可抗力原因，无法继续办理的。□因案情重大、疑难复杂或者危害后果特别严重，确需提请上级主管部门研究决定的。□其他依法应当中止办理的情形。 |
| 基金监督机构负责人意见 |  |
| 分管负责人意见 |  |

填表说明：请一并附上《社会保险基金监督举报事项记录单》及调查报告。