附件6

社会保险基金监督举报情况统计表

 市（县） 年 月至 月

填报单位（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 受理时间 | 受理方式 | 举报人 | 被举报对象 | 举报事项 | 办理情况 | 办结时间 | 追回基金（万元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 基金监督机构负责人： 填表时间： 年 月 日