附件2

**社会保险基金监督举报受理决定书**

 编号：（××××年）××号

 :

你（单位）于 年 月 日提出的关于 举报事项收悉，经审查，符合《河南省社会保险基金监督举报管理暂行办法》之规定，现决定予以受理。

送达方式：

受送达人（签字或盖章）：

人力资源和社会保障部门（印章）

 年 月 日