附件6

**社会保险基金监督举报事项延时办结审核表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 举报事项名称 |  | 受理决定书编号 |  |
| 申请延时办结  原因及依据 | （举报事项名称、编号） ，于××年××月××日决定受理。因举报事项较为复杂，根据《河南省社会保险基金监督举报管理暂行办法》第二十五条规定，申请将办结时限延长×日（即××年××月××日前办结）。 | | |
| 举报调查核实  机构经办人拟办意见 | 意见：  签名： 年 月 日 | | |
| 举报调查核实  机构负责人  意见 | 意见：  签名： 年 月 日 | | |
| 举报调查核实  机构主管行政  部门负责人  意见 | 意见：  签名： 年 月 日 | | |
| 备 注 |  | | |