附件4

**社会保险基金监督举报转办函**

××（人力资源和社会保障局）**:**

根据《河南省社会保险基金监督举报管理暂行办法》之规定，现将 于 年 月 日提出的关于 举报事项转至你单位，请于5个工作日内进行审查，做出受理、不予受理的决定。予以受理的，按第二十五条规定的时限办结举报事项，同时将调查处理结果书面报告（转办部门），并按照有关规定对举报人做好案件受理、结案等情况告知工作。

联系单位：

联系电话：

附：社会保险基金监督举报事项登记表（编号：××）及举报材料（复印件）共 份 页。

人力资源和社会保障部门（印章）

年 月 日