附件5

**社会保险基金监督举报转办告知书**

 （××××年）××号

× × （举报人） **:**

你（单位）于 年 月 日提出的关于 举报事项收悉，依据《河南省社会保险基金监督举报管理暂行办法》之规定，已于 年 月 日转交 办理。如需知晓是否受理或办理进度、结果等，请与其联系（联系人：××，联系电话：××）。

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