附件1

社会保险案件移送书

[ ] （社保/人社）移字[ ] 第 号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 案件来源 |  | | | | | | | | | | | | |
| 被 调  查 处  理 人  情 况 | 名称（姓名） | |  | | | | | | | | | | |
| 地址 |  | | | | | | | | | 邮编 | |  |
| 法定代表人姓名 | | | |  | | 职务 |  | | 电话 | |  | |
| 主要负责人姓名 | | | |  | | 职务 |  | | 电话 | |  | |
| 其他联系方式 | | |  | | | | | | | | | |
| 移 转  案 件  类 型 | □受理和查处社会保险举报投诉  □核定社会保险费应缴（欠缴）数额  □申请作出行政处罚  □依法责令用人单位限期补缴  □申请作出划拨决定  □其他法律法规规定的移转 | | | | | | | | | | | | |
| 有 关  证 据  材 料  清 单  （情况说明） |  | | | | | | | | | | | | |
| 移转人 | 联系方式 ：  年 月 日 | | | | | 被移转人 | | | 联系方式 ：  年 月 日 | | | | |