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 |