附件 1

社会保险费争议登记表

登记编号：　　年　　号

<table>
<tr><td>分类</td><td colspan="4">☐未按时缴纳社会保险费；☐未足额缴纳社会保险费；
☐未进行社会保险费参保；☐其他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">投诉人情况</td><td>姓　　名</td><td></td><td>联系电话
(手机)</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">被投诉对象情况</td><td>单位名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>单位统一社会信用代码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>单位地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>法人代表姓名</td><td></td><td>联系电话
(手机)</td><td></td></tr>
<tr><td>投诉
主要内容</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">投诉人
提交材料情况</td><td colspan="4">投诉材料</td></tr>
<tr><td colspan="4">☐投诉人身份证原件及复印件;
☐证明劳动关系和任职时间的材料;
☐证明本人工资薪金的材料;
☐被委托人身份证原件及复印件;
☐委托书原件及复印件;
☐＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。</td></tr>
<tr><td>投诉人承诺</td><td colspan="4">上述情况和提供资料是根据本人了解到的真实情况提出的，不存在虚构事实和虚假信息，本人对所反映的情况负责。(将此段抄写在本栏空白处

投诉人签名:　　投诉日期:　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

说明:

1.投诉人和实名举报人必须如实填写本表投诉（举报）人情况、被投诉（举报）对象情况、投诉（举报）主要内容、提交材料情况等。

2.如投诉（举报）人书写有困难的，可以口述，受理机关登记人记录后，由投诉人签名确认。

3.投诉人需提交材料由受理机关根据实际情况确定。

4.本受理登记表一式两份，受理部门和投诉人各存一份。