附件 2

社会保险费争议事项转办单

转办编号:

争议当事人信息			
姓名		身份证号	
联系方式		地址	
转办部门			
姓名		联系方式	
单位（部门）			
接收部门信息			
姓名		联系方式	
单位（部门）			
转办内容			
转办事项说明: 根据《中华人民共和国社会保险法》第八十二条、《实施<中华人民共和国社会保险法>若干规定》第二十七条，现将投诉人提供的有关资料移交你单位进行办理。 附件: 1.社会保险费争议情况说明复印件; 2.其他相关资料。			
受理时间 :		移交时间:	
备注			

转办部门（签章）:
年 月 日

接收部门（签章）:
年 月 日

说明: 本转办单一式两份，转办部门和接收部门各存一份。