|  |
| --- |
| 社会保险费争议事项登记表 |
| 受理单位： |  |  | 编号： |  |
| 申请人信息 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 联系地址 |  |
| 所诉单位信息 | 单位名称 |  |
| 单位统一社会信用代码 |  |
| 单位地址 |  |
| 法人代表姓名 |  | 联系电话 |  |
| 争议主要内容 |  |
| 提供资料 | □申请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； |
| □个人缴费历史明细； |
| □被委托人身份证原件及复印件； |
| □委托书原件及复印件； |
| □其他 |
| 申请人承诺 | 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) |
|  |  |  |  |
| 申请人签名： 申请日期： 年 月 日 |

说明：

1. 申请人必须如实填写本表相关信息、提交材料情况等。

2.匿名申请人至少提供所诉对象的名称、地址，社保违法违规行为线索等资料。

3.申请人书写有困难的，可以口述，受理人记录后，由申请人签名确认。

4.本表一式两份，正式受理后，受理机关和申请人各存一份。