

北京市 社会保险

稽核通知书

社稽通字（ ）第 号

_____：
根据《社会保险稽核办法》（劳动保障部第16号令）的规定，决定于____年____月____日对你单位有关_____方面实施稽核检查。请予协助配合，并按要求提供相关资料。

稽核组组长_____

稽核组成员_____

特此通知

- 附：相关资料包括：
- 1、提供单位用人情况，工资支付情况
 - 2、提供财务报表、统计报表、缴费数据、会计凭证及相关账册
 - 3、社会保险登记证

（公章）

年 月 日

接待来访（电话）举报处理单

序 号

被 举 报 单 位	全 称		举 报 人	姓 名	
	注册（登记）地址			性 别	
	经 营 地 址			电 话	
	联 系 电 话			身份证号	
	法定代表人 （负责人）			电脑序号	
接 待 人			200 年 月 日 时		
举 报 内 容					
备注：					
指定办理人：					
主 管 领 导： 200 年 月 日					

社会保险稽核工作记录

被稽核单位				在职人数		退休人数		共 页
稽核内容				缴费人数		缴费基数		第 页
序号	稽核日期	稽核资料名称	原记录摘要	发现问题			取证材料卷内页码	

备注：

被稽核单位经办人（签章）：

被稽核单位负责人（签章）：

（公章）

复核人：

编制人：

一式两联

附：汇报材料记录、汇报材料目录及材料来源

询问笔录

时 间： 年 月 日 时 分至 年 月 日 时 分

地 点：

调查人：

单位及职务：

记录人：

单位及职务：

当事人：

性别：

年龄：

单位及职务：

住址或单位地址：

联系电话：

在场人：

与当事人关系：

本记录我已看过（或已给我念过），以上情况属实。

调查人：

当事人：

年 月 日
第 页共 页

(笔录续页)

本记录我已看过(或已给我念过),以上情况属实。

调查人:

当事人:

年 月 日
第 页 共 页

北京市 社会保险

稽核情况告知书

社稽告字（ ）第 号

_____：
_____：

我单位于____年____月____日至____年____月____日对你单位有关

_____方面实施了稽核检查。根据《社会保险稽核办法》

第十条第四款规定，现将稽核结果告知如下：_____

（公章）

年 月 日

北京市 社会保险

稽核整改意见书

稽核意字（ ）第 号

：

我单位于 年 月 日对你单位有关 方面实施了稽核检查。

1. 稽核检查结果：

2. 违反法律法规事实：

根据《社会保险稽核办法》第十条第五款规定，提出如下整改意见：

如对以上内容有异议，请在 日内向我单位提出书面意见，规定期限内未提出书面意见视为无异议，应在 日内纠正违规行为，逾期拒不改正的根据《社会保险稽核办法》第十一条规定报请劳动保障行政部门依法处理。

（公章）

年 月 日

送达人：

接收人：

年 月 日

年 月 日

北京市 社会保险

提请行政处理（罚）建议书

社稽罚建字（ ）第 号

：

我单位在实施稽核检查中发现参保单位存在违反劳动保障法律、法规行为，根据《社会保险稽核办法》第十一条规定，现转送给你们，建议对该单位实施行政处理，并将处理结果反馈我单位。

（公章）

年 月 日

被稽核对象 _____ 单位性质 _____

单位地址 _____ 联系电话 _____

存在的主要问题（详见附件）： _____

劳动保障监察机构意见： _____

（公章）

年 月 日

北京市社会保险费稽核补缴情况月报表

表七

区县代码:

报表日期:

单位: 元 (保留两位小数)

年 月

险 种	项 目	稽核补缴			清欠补缴			审计补缴			监察补缴		
		当年	历年	合计	当年	历年	合计	当年	历年	合计	当年	历年	合计
养老 保险	单位缴费												
	统筹基金												
	单位划转												
	个人缴费												
	单位划转												
	个人缴费												
失业 保险	滞纳金												
	小计												
	单位缴费												
	个人缴费												
工伤 保险	滞纳金												
	单位缴费												
	小计												
	个人缴费												
基本 医疗 保险	滞纳金												
	单位缴费												
	小计												
	个人缴费												
总计													

单位负责人: _____ 联系电话: _____

填报人: _____ 年 月 日

填报日期: _____

填报说明: 此表由区县稽核部门按月填报, 每月 _____ 日前上报市社保中心审计科。

送 达 回 证

案 由			
送达文书名称 及 编 号	1 2 3		
受 送 达 人			
地 址			
送 达 地 址			
送 达 人 员	1 2	签发人: 经办机构 (印章) 年 月 日	
送 达 日 期	年 月 日 时 分		
收 件 人 签 名 或 盖 章	年 月 日 时 分		
备 注			