附件 34

社会保险稽核不予受理告知书

社稽告字 ﹝ ﹞ 第 号

：

你于 年 月 日举报的 事项，经我单位审 核，因 ，决定不予受理。

特此告知。

社会保险经办机构 ( 电子印章) 年 月 日

(此告知书一式两份，举报人、社会保险经办机构各一份)