附件 35

社会保险稽核通知书

社稽通字 ﹝ ﹞ 第 号

：

根据《中华人民共和国社会保险法》《社会保险稽核办法》

等国家和省有关规定，将于 年 月 日对 方

面实施稽核，请提供以下相关资料，并确保所提供资料真实、准 确、完整、有效，请予配合。

1.

2.

稽核组组长：

稽核组成员：

联系电话：

联系电话：

社会保险经办机构 ( 电子印章)

送达人：

年 月 日

年 月 日

接收人：

年 月 日

( 一式两联：第一联社会保险经办机构留存，第二联交稽核对象)