附件 33

社会保险稽核受理告知书

社稽受字 ﹝ ﹞ 第 号

：

你于 年 月 日举报的 事项，根据你提供的 相关证明材料，经我单位审核，符合受理条件，决定受理。

特此告知。

社会保险经办机构 ( 电子印章) 年 月 日