附件1

**陕西省社会保险基金监督举报奖励审批表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 举 报 人 | 姓 名 |  | 举报时间 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 奖励情形 | 查实造成基金损失险种及金额（元） | □ 企业职工基本养老保险 金额：  □ 机关事业单位工作人员养老保险 金额：  □ 城乡居民基本养老保险 金额：  □ 失业保险 金额：  □ 工伤保险 金额：  合计： | | |
| 尚未造成基金损失口 | | | |
| 奖励金额（元） | 合计： 大写： | | |
| 银行账户 | 开户名称 |  | | |
| 开户银行 |  | | |
| 银行账号 |  | | |
| 审批意见 | 社会保险基金监督机构意见:  年 月 日 | | | |
| 财务部门意见:  年 月 日 | | | |
| 分管负责人意见:  年 月 日 | | | |

**注：**此表一式两份，一份存入奖励档案，一份交单位财务存档。举报人是法人和其他社会组织的，银行账户信息填写对公账户，联名举报的由举报人协商确定一个举报人银行账户信息。