**社会保险投诉书**

**投 诉 人**： ，性别 ， 年 月 日出生，身份证号： ，联系电话： ，住址： 。

**用人单位：** ，地址： ，法人代表： ，职位： ，联系电话：

**投诉事项及要求：**

   本人 年 月至 年 月在\_\_\_\_ \_\_\_\_\_工作，双方签订劳动合同，约定工作岗位为\_\_\_\_\_，每月工资为\_\_\_\_\_元，用人单位未能按时及依法为本人参加社会保险。故要求单位补缴 年 月至 年 月的社保，并请社保基金管理中心予以受理，并督促单位的补缴事宜。

此致

 社会保险基金管理中心

投诉人：

                                      年 月 日

附：1、与用人单位的劳动合同；

2、用人单位注册登记资料；

3、工资收入证明材料；

4、本人身份证复印件。