附件1

河源市医疗保障基金举报奖励审批表

单位： 编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **举报人姓名或名称** |  | | **举报人身份证号码（社会统一信用代码）** | |  |
| **联系方式** |  | | **举报日期** | |  |
| **举报方式** |  | | | | |
| **举报内容**  **(可附页）** |  | | | | |
| **案件承办单位** |  | **立案日期** | |  | |
| **案件查处结果**  **（附处理情况报告）** |  | | | | |
| **申请奖励金额** |  | **案件承办人** | |  | |
| **案件承办单位意见** |  | | | | |
| **医保局分管领导意见** |  | | | | |
| **医保局主要领导意见** |  | | | | |

  年   月    日

附件2

河源市医疗保障基金举报奖励通知书

               ：

根据医疗保障基金举报奖励有关规定，您（贵单位）于   年  月  日向我局举报的 医院欺诈骗取医疗保险基金事项符合奖励的范围和条件，决定给予奖励人民币     元。请接到本通知书三个月内，持本通知书及本人身份证或单位有效证明，前往河源市医疗保障局基金监管科办理奖金领取手续。逾期不领取的，视为放弃权利。

感谢您为维护医疗保障基金安全做出的贡献！

联系人：               联系电话：

传真号：               邮  编：

地 址：

河源市医疗保障局（章）

年   月  日