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