附表1

**河源市打击欺诈骗取医疗保障基金行为**

**举报奖励审批表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 举报人姓名 |  | 联系电话 |  | 申请日期 |  |
| 举报人身份证号码或其他有效身份证明 |  | | | | |
| 案件名称 |  | | | | |
| 案件查处结果 |  | | | | |
| 案件承办部门申报建议 |  | | | | |
| 申请奖励金额 | 大写： 元（￥ 元） | | | | |
| 案件承办部门负责人  意见 | 年　月　日（签章） | | 财务部门  负责人  意见 | 年　月　日（签章） | |
| 案件承办部门分管领导意见 | 年　　月　　日（签章） | | | | |
| 财务部门  分管领导  意见 | 年　　月　　日（签章） | | | | |