欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励

审批表

     医保举奖审字〔      〕     号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 举报人姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  | 银行账号 |  |
| 受理举报时间 |  | 举报办结时间 |  |
| 通信地址 |  | | |
| 领取举报奖励 | | 是□        否□ | |
| 被举报单位内部工作人员 | | 是□        否□ | |
| 被举报单位竞争同类机构工作人员 | | 是□        否□ | |
| 举报事项 |  | | |
| 举报主要内容 |  | | |
| 举报查办结果 |  | | |
| 符合提高奖励标准 | 是□        否□ | | |
| 材料齐全 | 是□        否□ | | |
| 举报查实金额 |  | | |
| 建议奖励金额 |  | | |
| 承办部门及承办人意见 | 承办人：                 年      月       日 | | |
| 审批意见 | 年      月       日 | | |
| 备注 |  | | |

注：本文书一式三份，举报人、财务、入卷各一份。