

## 附件 1

### 举报欺诈骗取医疗保障基金行为奖励审批表

编号:

|                |   |               |  |
|----------------|---|---------------|--|
| 举报人姓名或代号       |   | 身份证号码或身份证识别信息 |  |
| 举报人联系方式        |   | 立案日期          |  |
| 结案日期           |   | 案件(宗)编号       |  |
| 开户行            |   | 账号            |  |
| 举报内容           |   |               |  |
| 案件查处情况         |   |               |  |
| 基金监管机构<br>奖励建议 | 经核查,举报人举报的欺诈骗保违法违规行为属实。查实违法违规金额_____元。根据《山东省打击欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则》第__条第__款,应按__%给予奖励,建议奖励金额_____元,大写_____元。<br>经办人:_____ 负责人:_____ 年__月__日 |               |  |
| 财务机构意见         | 年__月__日   |               |  |
| 审批意见           | 年__月__日   |               |  |

## 附件 2

# 举报欺诈骗取医疗保障基金行为领奖通知书

编号：

你（你单位）于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日举报，经过立案调查，已依法作出处理，于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日将处理结果告知你，并启动奖励程序。根据《山东省打击欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则》并经审核，我局决定对你的上述举报给予\_\_\_\_元奖励。请自接到本告知书之日起 60 日内，携带本人居民身份证或其他有效身份证件及《举报欺诈骗取医疗保障基金行为领奖通知书》到我局领取奖金；由代理人代为领取的，必须出具举报人的书面委托书、举报人和代理人的居民身份证或其他有效身份证件以及《举报欺诈骗取医疗保障基金行为领奖通知书》；举报人是法人或社会组织，可以委托本单位工作人员代行领取奖金，代领人应当出具委托人的授权委托书和代领人的居民身份证、工作证及《举报欺诈骗取医疗保障基金行为领奖通知书》。

无正当理由逾期未领取奖励的，视为放弃领取奖励。

联系人：

联系电话：

年   月   日

注：本通知书一式二联，第一联存入奖励档案，第二联交举报人。

### 附件 3

## 举报欺诈骗取医疗保障基金行为奖金领取凭证

编号:

|        |  |        |  |
|--------|--|--------|--|
| 案件编号   |  | 案件名称   |  |
| 被举报人名称 |  | 举报奖金数额 |  |
| 经办人    |  | 领款人    |  |

今领到举报欺诈骗取医疗保障基金行为奖金\_\_\_\_\_元（大写\_\_\_\_\_元）。

领款人(签名、手印): \_\_\_\_\_

身份证或者其他有效证件号码: \_\_\_\_\_

年   月   日