

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 奖励建议	<p>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。</p> <p>经办人: _____ 负责人: _____ 年 月 日</p>		
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（大写_____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