|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 身份证号码 |  |
| 联系方式 |  | 立案时间 |  |
| 结案时间 |  | 案件编号 |  |
| 举报内容 |  |
| 案件查处情况 |  |
| 奖励建议 | 经查核，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《湖南省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励 |
| 实施细则（试行）》第一章第一条，应按 %给予奖 |
| 励，建议奖励金额 元（大写）。 |
| 经办人： 负责人： |
|  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奖励

通知书

编号:

(举报人姓名):

你于 年 月 日举报(主要违规内容)。经查，(主要违规事实及认定基金损失金额)属实(基本属实)，根据《湖南省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则(试行)》，决定给予 (大写)元奖励。

请自收到本通知书之日起30个工作日内，持本人有效身份证原件和银行卡至 (领取地点) 领取奖励金。逾期不领取的，视为放弃。

特此通知。

联系人： 电话:

(盖章)

年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 被举报对象 |  | 举报奖金金额 |  |
| 经办人 |  | 领款人 |  |
| 银行卡信息 | 开户行 |  |
| 卡号 |  |
| 今领到举报欺诈骗取医疗保障金行为奖金 元（大写）。 |
|
|
|
| 领款人（签名）： |
| 身份证号码： |
|  年 月 日 |