附件1

XX医疗保障局

举报违法违规使用医疗保障基金行为奖励审批表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
 |
| 举报情况 |  |
| 查实情况 |  |
| 案件承办机构奖励建议 | 经核查，举报人举报的违法违规行为属实，查实违法违规金额 元。根据《广东省医疗保障局 广东省财政厅关于违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法实施细则》第 条第 款，应按 （级别、标准）给予奖励，建议奖励金额 元（ 大写 元）。案件承办人： 日期： 年 月 日经办人 |
| 案件承办机构负责人意见 | 签名： 日期： 年 月 日 |
| 财务审核意见 | 签名： 日期： 年 月 日  |
| 机关负责人审批意见 | 签名： 日期： 年 月 日 |

附件2

XX医疗保障局

举报违法违规使用医疗保障基金行为奖金领取通知书

X医奖领通字〔XXXX〕XX号

你于 年 月 日对 的举报，经过立案调查，已依法作出处理，根据《广东省医疗保障局 广东省财政厅关于违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法实施细则》，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2个月内，携带本人居民身份证或其他有效身份证明及《举报违法违规使用医疗保障基金行为奖金领取通知书》到我局领取奖金。由受托人代为办理的，应提交举报人的授权委托书，携带举报人和受托人的居民身份证或其他有效身份证明以及《举报违法违规使用医疗保障基金行为奖金领取通知书》。

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

XX医疗保障局

 举报违法违规使用医疗保障基金行为奖金领取凭证

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 案件（宗）编号 |  | 案件名称 |  |
| 被举报人名称 |  | 奖金数额 |  |
| 发放人 |  | 领取通知书文号 |  |
| 领取人 |  | 领取人证件号 |  |
| 账户名 |  | 开户银行 |  |
| 银行账号/卡号 |  |
|  今领到违法违规使用医疗保障基金举报奖励金 元（ 大写 元）。领取人：（签字）年 月 日 |