附件1

违法违规使用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 | |  |
| 开户银行 |  | 银行账号 | |  |
| 受理举报时间 |  | 举报办结时间 | |  |
| 通信地址及联系电话 |  | | | |
| 有领取举报奖励意愿 | | | 是□ 否□ | |
| 被举报单位内部工作人员 | | | 是□ 否□ | |
| 举报事项 |  | | | |
| 举报主要内容 |  | | | |
| 举报查办结果 |  | | | |
| 是否符合奖励标准 | 是□ 否□ | | | |
| 材料是否齐全 | 是□ 否□ | | | |
| 举报查实案值 |  | | | |
| 建议奖励金额 |  | | | |
| 承办部门及  财务部门意见 | 年 月 日 | | | |
| 承办部门及  财务部门分管局领导意见 | 年 月 日 | | | |
| 主要局领导  审批意见 | 年 月 日 | | | |
| 备注 |  | | | |

注：本文书一式两份，财务、入卷各一份。

附件2

违法违规使用医疗保障基金行为举报奖励通知书

医保举奖通字〔 〕 号

：

根据《中华人民共和国社会保险法》《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》和《宁夏回族自治区违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则》等规定，决定对 案件举报人 予以奖励，奖金 元（大写： ）。请在接到本通知书后的10个工作日内，提供能够辨别身份的有效证明、银行账户信息或其它非现金收款方式等。如果委托他人办理现场确认，受托人还应当同时持有举报人授权委托书、举报人和受托人的有效身份证明。

逾期未办理确认手续的，视为自动放弃。

联 系 人： 联系电话（传真）：

通信地址： 邮编：

医疗保障部门（印章）

年 月 日

注：本文书一式两份，举报人、入卷各一份。

附件3

举报违法违规使用医疗保障基金行为奖金领取凭证

医保举奖领字〔 〕 号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被举报  人名称 |  | 举报  事项 |  |
| 奖励审批表编号 |  | 举报奖  励数额 |  |
| 经办人 |  | 领款人 |  |
| 举报奖金  领取单 | 领到举报欺诈骗保行为奖金 元(大写 )。      领款人（签名、手印）：  身份证或者其他有效证件号码：  年 月 日 | | |
| 领款人证件复印件 |  | | |

注：本文书一式两份，财务、入卷各一份。