

附件 1

## 启东市打击欺诈骗取医疗保障基金行为 举报奖励审批表

举报人姓名		身份证号	
举报事项			
举报案件 查实金额		联系电话	
举报奖励金额	大写：		小写：
经办机构意见			
医保局基金监督 部门意见			
医保局分管领导 意见			
医保局单位领导 意见			
备注			

年 月 日

附件 2

## 启东市打击欺诈骗取医疗保障基金行为 举报奖励通知书

\_\_\_\_\_同志:

根据《启东市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则》的有关规定,经查实,\_\_\_\_年\_\_月\_\_日您举报的欺诈骗取医疗保障基金行为事项符合奖励的范围和条件,决定给予奖励人民币元,请接到本通知书一个月内,持本通知书及本人身份证,到(案件承办单位)办理奖金领取手续。逾期不领取的,视为放弃。

联系人:

联系电话:

联系地址:

(盖章)

年 月 日