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《汕尾市关于违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则》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 | | |
| 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 | | |