

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		