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《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》，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：

XX 医疗保障局

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。