

附件 3

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凭证

案件（宗）编号		案件名称	
被举报人名称		奖金数额	
发放人		领取通知书文号	
领取人		领取人证件号	
账户名		开户银行	
银行账号/卡号			

今领到违法违规使用医疗保障基金举报奖励金_____元（大写_____元）。

领取人：（签字）

年 月 日