附件1

**举报欺诈骗保医疗保障基金行为奖励审批表**

**编号：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 受理时间 |  |
| 办结时间 |  | 文案编号 |  |
| 开户行 |  | 账号 |  |
| 举报内容 |  | | |
| 核查情况 |  | | |
| 基金监管部门奖励建议 | 经核查，举报人举报的欺诈骗保违法违规行为属实。查实违法违规金 元  根据《汕尾市打击欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则》第 条第款，应按 %给予奖励，建议奖励金额 元，大写 元。 | | |
| 经办人： 负责人： 年 月 日 | | |
| 财务科室意见 |  | | |
| 分管领导意见 |  | | |
| 主要领导意见 |  | | |
| 备注 |  | | |