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 | 　 |