附件1

中山市医疗保障局

举报欺诈骗取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，举报人举报的欺诈骗保违法违规行为属实，查实违法违规金额 元。根据《中山市医疗保障局 中山市财政局关于欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法实施细则》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  经办人： 负责人： 年 月 日  经办人 | | |
| 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 | | |