附件1

举报违法违规使用医疗保障基金奖励审批表

编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 举报人姓名 |  | 身份证号码或其他身份识别信息 |  |
| 联系方式 |  | 立案日期 |  |
| 结案日期 |  | 案件（宗）编号 |  |
| 开户行 |  | 账号 |  |
| 举报内容 |  | | |
| 案件查处情况 |  | | |
| 基金监管机构  奖励建议 | 经核查，举报人举报的违法违规使用医疗保障基金行为属实，查实违法违规金额 元。根据《山东省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则》 规定，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 | | |
| 局领导审批意见 | 年 月 日 | | |