附件1

举报欺诈骗取医疗保障基金行为奖励审核表

编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 举报人姓名 |  | 身份证号码 | |  |
| 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 |  | | | |
| 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《烟台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 | | | |
| 案件承办医保障部门意见 | 财务意见：  年 月 日 | | 主要负责人：  （单位盖章） 年 月 日 | |
| 市医疗保障局  意见 | 财务意见：  年 月 日 | | 负责人：  （单位盖章） 年 月 日 | |