

附件6

**违法违规使用医疗保障基金行为  
举报奖励复核表**

医保奖复字( )号

申请复核人姓名		性 别		电 话	
身份证号			复核部门		
提请复核时间	年 月 日			举报奖励编号	
复核前奖励情况	奖励等级: 奖励金额: 元				
申请复核原因	(写明申请人为何申请复核)				
复核后奖励情况	奖励等级: 奖励金额: 元				
复核部门承办人 (签字)		复核部门 负责人意见			
财务机构承办人 意 见					
财务机构负责人 意 见					
分管办案机构 局领导意见					
分管财务机构 局领导意见					
局长或 局长办公会意见					