

附件4

违法违规使用医疗保障基金行为 举报奖励通知书

医保奖字() 号

XXX:

根据《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》及有关规定,您关于举报_____违法案件,经查实符合奖励条件,决定给予奖励人民币_____(大写),_____(小写)。请在接到本通知后,于_____年____月____日前办理领奖事宜。

领奖地址:

办案机构联系人: 联系电话:

注意事项:

1. 领奖人应携带本人身份证、本通知书及银行卡。委托他人代领奖励金的,委托人须同时持有举报人授权委托书、举报人和受托人的有效身份证明。

2. 收到领取奖励通知之日起2个月内,逾期不领取的,视为放弃权利。

3. 如对奖励金额有异议的,应当于10个工作日内提出复核申请。

4. 奖励金额为含税金额,领奖人请按照相关规定纳税。

5. 此通知一式两份,一份交给领奖人,一份由医疗保障行政部门存档。

医疗保障局

年 月 日