

附件 5

不予奖励通知书

医保不奖字() 号

XXX:

根据《福建省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施办法》及有关规定，经我局审议，认定你于____年__月__日向
我局举报的行为不应给予奖励。理由如下：

如你对本决定有异议的，可以在收到本通知之日起10个
工作日内，向_____医疗保障部门提出复核申请。

特此通知

医疗保障局

年 月 日

本通知书已于____年__月__日收到。

申请人签名：

本通知一式两份，一份交给被通知人，一份存档