附件1

举报奖励申请书

_____医疗保障局：

我于_____年____月____日接到你局告知，符合举报奖励条件，现本人提出举报奖励申请。

本人承诺：

1. 本人不是医疗保障部门工作人员或者受医疗保障部门委托履行基金监管职责的第三方机构工作人员。
2. 本人不属于违法违规使用医疗保障基金行为人主动供述本人及其同案人员的违法违规事实的情形。
3. 本人不属于被调查处理期间检举揭发其他违法违规行为情形。
4. 本人没有其他不符合法律、法规规定的奖励情形。

身份证件名称、号码：

（匿名举报人身份代码、举报密码）：

申请人签名：

年 月 日