

附件3

违法违规使用医疗保障基金行为
举报奖励审批表

_____医保奖批()__号

获奖人姓名		性 别		电 话	
身份证号			匿名举报人 识别号		
举报线索核查部门					
举报受理日期		履行/结案/ 判决日期		案件编号	(受理编号)
违法违规行为	(写明时间, 涉案单位, 主要责任人, 违法违规行为, 涉及医保基金, 及其他需要说明的情况。)				
查处情况	(以医保服务协议行政处理决定/处罚决定书/判决书为准)				
涉及医保基金金额		申报奖励		级	元
举报线索核查部门 承办人(签字)		举报线索核查 部门负责人意见			
基金监管经办人 (签字)		基金监管处室 负责人意见			
财务机构承办人 审核意见		财务机构 负责人意见			
分管基金监管 局领导意见					
管财务机构 局领导意见					
局长或 局长办公会意见					