附件1

举报欺诈骗取医疗保障基金行为奖励审批表

 编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 举报人姓名或代号 |  | 身份证号码或身份识别信息 |  |
| 举报人联系方式 |  | 立案日期 |  |
| 结案日期 |  | 案件（宗）编号 |  |
| 开户行 |  | 账号 |  |
| 举报内容 |  |
| 案件查处情况 |  |
| 基金监管机构奖励建议 | 经核查，举报人举报的欺诈骗保违法违规行为属实。查实违法违规金额 元。根据《泰安市打击欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施办法》第 条第 款，应按 ％给予奖励，建议奖励金额 元，大写 元。经办人：    负责人： 年 月 日 |
| 财务机构意见 | 年 月 日 |
| 审批意见 | 年 月 日 |