附件1

医疗保障基金举报线索来访登记单

单位： 医保举访字〔 〕 号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 来访  时间 | 年 月 日 时 分-- 年 月 日 时 分 | | | | |
| 举报人  基本情况 | 姓名 | |  | 身份证号 |  |
| 联系  方式 | |  | 籍贯 |  |
| 被举报  对象  基本情况 | 姓名/单位名称 | | |  | |
| 职务/级别 |  | | | |
| 地址 |  | | | |
| 举报  事项 | 笔录内容：  证据材料清单：1.  2.  3.  …… | | | | |
| 处理  建议 | □受理 □不予受理 □分送 □其他  说明： | | | | |
| 举报人 | 签字： 年 月 日 | | | | |
| 接访人 | 签字： 年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |

附件2

违法违规使用医疗保障基金行为举报奖励

审批表

医保举奖审字〔 〕 号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 举报人姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 开户银行 |  | 银行账号 |  |
| 受理举报时间 |  | 线索核查  完毕时间 |  |
| 联系方式 |  | | |
| 举报主要内容 |  | | |
| 举报查办结果 |  | | |
| 举报核查部门 |  | | |
| 涉及奖励的  举报查实案值 |  | | |
| 奖励金额 |  | | |
| 承办部门  负责人意见 |  | | |
| 财务部门  负责人意见 |  | | |
| 承办部门  分管局领导意见 |  | | |
| 财务部门  分管局领导意见 |  | | |
| 主管局领导意见 |  | | |
| 备注 |  | | |

注：本文书一式三份，举报人、财务、入卷各一份。

附件3

违法违规使用医疗保障基金行为举报奖励通知书

医保举奖通字〔 〕 号

：

根据《中华人民共和国社会保险法》《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》和《吐鲁番市违法违规使用疗保障基金举报奖励实施细则》等规定，决定对 案件(案件编号： ）举报人 予以奖励，奖金 元（大写： ）。

请在接到本通知书后的60日内，提供能够辨别身份的有效证明、银行账户信息等。

如果委托他人代领的，受托人还应当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。联名举报的举报人应当推举一名代表，此代表需持所有举报人授权的推荐书。

逾期未办理确认手续的，视为自动放弃。

联系人： 联系电话：

通信地址： 邮箱：

医疗保障局

年 月 日

注：本文书一式两份，举报人、入卷各一份。