附件1

xxx市（县、区）违法违规使用

医保基金举报奖励审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 | | |  | 出生年月 | | |  |
| 身份证号 |  | | | | 案件编号 | | |  | | |
| 受理日期 |  | | | | 结案日期 | | |  | | |
| 举报内容 |  | | | | | | | | | |
| 查处情况 |  | | | | | | | | | |
| 涉案金额 |  | | | 查实金额 | | | | |  | |
| 奖励比例 |  | | | 奖励金额 | | | | |  | |
| 基金监管部门意见 | | | | 财务机构意见 | | | | | | |
| 盖章  年 月 日 | | | | 盖章  年 月 日 | | | | | | |
| 审批意见 | | 年 月 日 | | | | | | | | |