附件2

福建省医疗保障行政部门举报案件登记单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登记单位 | (12315投诉举报平台、其他办案机构) | 登记时间 |  |
| 信息来源 | (12315投诉举报平台或其他途径) | 接收方式 | （电话、来函、上级转办、互联网等） |
| 举报人  姓 名 |  | 身份证号 |  |
| 地 址 |  | 电 话 |  |
| 被举报对象 |  | | |
| 联系电话 |  | | |
| 地 址 |  | | |
| 举报内容 | (写明时间，涉案单位，主要责任人，经营地点，违法违规行为，相关证据，及其他需要说明的情况。) | | |
| 备 注 |  | | |