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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受奖人姓名 |  | 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 |  | | | | | |