附件4

违法违规使用医疗保障基金行为

举报奖励通知书

医保奖字( ) 号

XXX：

根据《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》及有关规定，您关于举报 违法案件，经查实符合奖励条件，决定给予奖励人民币 (大写) , (小写)。请在接到本通知后，于 年 月 日前办理领奖事宜。

领奖地址：

办案机构联系人： 联系电话：

注意事项：

1.领奖人应携带本人身份证、本通知书及银行卡。委托他人 代领奖励金的，委托人须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。

2.收到领取奖励通知之日起2个月内,逾期不领取的，视为放弃权利。

3.如对奖励金额有异议的，应当于10个工作日内提出复核申请。

4.奖励金额为含税金额，领奖人请按照相关规定纳税。

5.此通知一式两份，一份交给领奖人，一份由医疗保障行政部门存档。

医疗保障局

年 月 日