附件6

违法违规使用医疗保障基金行为

举报奖励复核表

医保奖复字( ) 号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请复核人姓名 |  | 性 别 |  | 电 话 | |  |
| 身份证号 |  | | 复核部门 |  | | |
| 提请复核时间 | 年 月 日 | | | 举报奖励编号 | |  |
| 复核前奖励情况 | 奖励等级： 奖励金额： 元 | | | | | |
| 申请复核原因 | (写明申请人为何申请复核) | | | | | |
| 复核后奖励情况 | 奖励等级： 奖励金额： 元 | | | | | |
| 复核部门承办人  (签字) |  | | 复核部门 负责人意见 | |  | |
| 财务机构承办人 意 见 |  | | | | | |
| 财务机构负责人 意 见 |  | | | | | |
| 分管办案机构  局领导意见 |  | | | | | |
| 分管财务机构  局领导意见 |  | | | | | |
| 局长或  局长办公会意见 |  | | | | | |