附件7

违法违规使用医疗保障基金行为

举报奖励领取收据

医保奖收字( ) 号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 举报人姓名 |  | 性别 |  | 电话 |  |
| 身份证号(匿名  举报人识别号) |  | | | | |
| 奖励事由 |  | | | | |
| 奖励金额  (含税) |  | | 给付方式 | (银行转账) | |
| 领奖人身份证  复印件粘贴处 | 正面、背面(匿名举报除外) | | | | |
| 领奖人确认 | 本人已收到上述奖励金。  签 名 ： | | | 领奖时间： | |
| 转账凭证  粘贴处 |  | | | | |

注：此表原件由医疗保障行政部门统一存档