

附件 1

举报违法违规使用医疗保障基金奖励审批表

编号：

举报人姓名		身份证号码或其他身份识别信息	
联系方式		立案日期	
结案日期		案件（宗）编号	
开户行		账号	
举报内容			
案件查处情况			
基金监管机构奖励建议	<p style="text-align: center;">经核查，举报人举报的违法违规使用医疗保障基金行为属实，查实违法违规金额___元。根据《山东省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则》___规定，应按___%给予奖励，建议奖励金额___元，大写_____元。</p> <p style="text-align: center;">经办人： 负责人： 年 月 日</p>		
局领导审批意见	<p>年 月 日</p>		