

附件 2

## 举报违法违规使用医疗保障基金领奖通知书

编号：

\_\_\_\_\_同志：

你于\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日举报，经过立案调查，已依法作出处理，于\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日将处理结果告知你，并启动奖励程序。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》的规定，我局决定对你的上述举报给予\_\_\_\_\_元（大写\_\_\_\_\_元）奖励。请自接到本通知书之日起 2 个月内，携带本人居民身份证或其他有效身份证件、本通知书并提供开户银行账号到我局办理奖金领取手续；由受托人/代表人办理领取手续的，须另行提供全体举报人的书面委托书、受托人/代表人的居民身份证或其他有效身份证件。

无正当理由逾期未办理领取手续的，视为放弃领取奖励。

联系人：

联系电话：

年 月 日

注：本通知书一式二联，第一联存入奖励档案，第二联交举报人。