

附件 3

举报违法违规使用医疗保障基金奖金确认书

编号：

案件编号			
案件名称			
案值金额		奖励金额	
举报人		证件号码	
开户银行		银行账号	
<p>本人对举报违法违规使用医疗保障基金奖金_____元（大写_____元）予以确认，并同意医疗保障行政部门向本人提供的银行账号以转账汇款方式发放奖励资金。</p> <p>举报人/受托人/代表人(签名、指印)：</p> <p>身份证或者其他有效证件号码：</p> <p>年 月 日</p>			