

附件

违法违规使用医疗保障基金举报奖励审批表

举报人姓名		身份证号	
联系方式			
举报受理时间		核查完毕时间	
举报内容			
核查结果			
举报查实案值			
举报奖励金额	大写：小写：		
承办部门 负责人意见			
局分管领导意见			
局主要领导意见			
备 注			

年 月 日