附件1

xxx市（县、区）违法违规使用

医保基金举报奖励审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 案件编号 |  |
| 受理日期 |  | 结案日期 |  |
| 举报内容 |  |
| 查处情况 |  |
| 涉案金额 |  | 查实金额 |  |
| 奖励比例 |  | 奖励金额 |  |
| 基金监管部门意见 | 财务机构意见 |
| 盖章年 月 日 | 盖章年 月 日 |
| 审批意见 | 年 月 日 |