附件3

xxx市（县、区）违法违规使用医保基金

举报奖励资金支付单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 案件名称及编号 | | |  | | | 奖励金额 | |  | |
| 经办人 | | |  | | | 领取人 | |  | |
| 举报奖金签收单  今领取举报奖金\_\_\_\_\_\_\_\_元（大写\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_），特此签收。  领取人（委托领取人）签字、盖章或手印：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 兑付渠道 | 银行转账 |  | | 现金领取 |  | | 支付宝、微信  转账或其他 | |  |
| 银行转账单（或其他支付凭证单）粘贴处 | | | | | | | | | |