附件1

奖励举报欺诈骗保人员审批表

编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 举报人姓名  或代号 |  | 身份证号码或身份识别信息 |  |
| 举报人联系方式 |  | 立案日期 |  |
| 结案日期 |  | 案件（宗）编号 |  |
| 开户行 |  | 账号 |  |
| 举报内容 |  | | |
| 举报查处情况 |  | | |
| 奖励建议 | 经审查，举报人举报的欺诈骗保违法违规行为查实属 级举报，查实违法违规金额 元。根据《营口市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励规定（试行）》第 条第 款，应按 %给予奖励，建议奖励金额 元，人民币大写 元。  经办人： 负责人：  年 月 日 | | |
| 财务机构意见 | 年 月 日 | | |
| 审批意见 | 年 月 日 | | |