附件4

欺诈骗保行为举报不予受理决定书

医保举不受字〔 〕 号

xxx（单位或个人）：

（单位或个人）于xx年xx月xx日提出的关于 xxx举报事项获悉，经审查，不符合《营口市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励规定（试行）》第五条之规定，现决定不予受理。

联系人：

联系电话：

送达方式：

医疗保障局（印章）

年 月 日

注：本文书一式两份，举报人、入卷各一份。