附件6

欺诈骗保行为举报奖励通知书

xxx（单位或个人）：

根据《中华人民共和国社会保险法》《营口市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励规定（试行）》，决定对xxx案件举报人xxx予以奖励，奖励金额xxx元（大写xxx元）。

请接到本通知后15个工作日内，提供能够辨别身份的有效证明、银行账户信息或其它非现金收款方式等。如果委托他人办理现场确认，受托人还应同时提交举报人授权委托书、举报人和受托人的有效身份证明。

逾期未办理确认手续的，视为自动放弃举报奖励。

联系人：

联系电话：

通信地址：

邮编：

xxx医疗保障局

年 月 日

注：本文书一式两份，举报人、入卷各一份。