附件5

欺诈骗保行为举报转办函

医保举转字〔 〕 号

xxx医疗保障局：

现将关于xxx举报线索转给你们，并提出以下要求：

一、限时办结。要迅速组织力量进行检查，于接到举报线索后20个工作日办结，并依法依规处理。

二、限时上报。要在办结后5个工作日内将有关情况形成书面材料报我局审核。

三、注意保密。要对举报线索相关信息严格保密，依法保护举报人合法权益，不得泄露举报人信息。

四、完备资料。要保留相关证据材料。谁经办谁签字谁负责，高质量形成检查报告。

五、未在规定时间内完成查办工作，要及时按规定办理延期手续并报我局备案。

联系人：

联系电话：

电子邮箱：

医疗保障局（印章）

年 月 日

注：本文书一式两份。