附件3

欺诈骗保行为举报受理决定书

医保举受字〔 〕 号

xxx（单位或个人）：

xxx（单位或个人）于xx年xx月xx日提出的关于 举报事项获悉，经审查，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，现决定予以受理。

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。