附件2

欺诈骗保行为举报笔录

单位： 医保举字〔 〕 号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 举报时间 | 年 月 日 时 分 | | | | 举报方式 | 来访 来电 其他 | | |
| 举报人基本情况 | 姓 名 | |  |  |  |  | |  |
| 籍 贯 | |  | 性 别 |  | 身份证号码 | |  |
| 单位（家庭住址） | |  | | | | | |
| 被举报对象基本情况 | 姓 名 | |  | 职 务 |  | | 联系电话 |  |
| 单位名称 | |  | | | | | |
| 单位地址 | |  | | | | | |
| 举报事项 | | 笔录内容：  证据材料清单：1.  2.  3.  4.  5. | | | | | | |
| 处理建议 | | 1.受理：15个工作日内发送《受理通知书》.  2.不予受理：15个工作日内发送《不予受理决定书》.  3.转办：2个工作日内发送《转办函》. | | | | | | |
| 举报人 | | 签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 经办人 | | 签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | |