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 |  |