附件1

贵州省举报违法违规使用医疗保障基金行为符合奖励条件通知书

 编号：

 ：

你于 年 月 日举报的

 一案，经本局立案调查，现已结案。按照《贵州省违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法实施细则》及有关规定，你符合举报奖励条件，有权申请举报奖励。请你自收到本通知书之日起2个月内，向本局提交《贵州省举报违法违规使用医疗保障基金行为奖励申请表》，并现场提供有效的身份证明、银行账户信息。委托他人办理的，受托人须同时持有举报人授权委托书、举报人和受托人的有效身份证明。

超过期限未提交的，视为主动放弃此权利。

联 系 人：

联系电话：

联系地址：

（单位印章）

 年 月 日

注：本文书一式两份，举报人、作出奖励医疗保障部门存档各一份。