附件2

贵州省举报违法违规使用医疗保障基金行为奖励申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 年龄 |  | 性别 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  |
| 通讯地址 |  |
| 开 户 行 |  |
| 账 号 |  |
| 举报时间 |  | 被举报对象 |  |
| 作出承诺 | 本人现申请举报奖励，并作出如下承诺： （一）本人不是医疗保障部门工作人员或者受医疗保障部门委托履行基金监管职责的第三方机构工作人员； （二）本人不是实施违法违规行为人； （三）本人不存在其他不符合法律、法规规定的奖励情形；（四）本人所提供领取奖励的资料信息真实有效。申请人签名： 年 月 日 |