附件3

贵州省举报违法违规使用医疗保障基金行为奖励审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 举 报 人 |  | | 身份证号 |  | | | |
| 通讯地址 |  | | 联系电话 |  | | | |
| 受理时间 |  | | 办结时间 |  | | | |
| 开 户 行 |  | | 账 号 |  | | | |
| 举报概况 |  | | | | | | |
| 核实情况 |  | | | | | | |
| 查实骗保  金额 |  | 奖励比例 |  | | 奖励金额 |  | |
| 经办机构 意见 | 经办人 |  | | | 经办负责人 | |  |
| 基金监管 机构意见 |  | | | | | | |
| 财务机构 意见 |  | | | | | | |
| 分管基金监管局领导 意见 |  | | | | | | |
| 分管财务局领导意见 |  | | | | | | |
| 局主要领导意见（50000元以上） |  | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | |