附件1

违法违规使用医疗保障基金

举报奖励发放表

发放表编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 举报人姓名 |  | 身份证号码或其他身份识别信息 |  |
| 开户银行 |  | 银行账号 |  |
| 受理举报时间 |  | 线索核查完毕时间 |  |
| 联系方式 |  | | |
| 举报内容 |  | | |
| 举报查办结果 |  | | |
| 举报核查部门 |  | | |
| 涉及奖励的  举报查实案值 |  | | |
| 奖励金额 |  | | |
| 承办部门负责人  意见 |  | | |
| 财务部门负责人  意见 |  | | |
| 承办部门分管局  领导意见 |  | | |
| 财务部门分管局  领导意见 |  | | |
| 局主要领导意见 |  | | |
| 备 注： | | | |

注：本文书一式三份，举报人、财务、入卷各一份。