

漳州市医疗保障局 文件 漳州市财政局

漳医保规〔2024〕5号

漳州市医疗保障局 漳州市财政局 关于贯彻落实《福建省违法违规使用医疗保障 基金举报奖励实施办法》相关事项的通知

各县（区）医疗保障局、财政局：

为贯彻落实《福建省医疗保障局 福建省财政厅关于印发〈福建省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施办法〉的通知》（闽医保规〔2024〕2号，以下简称《实施办法》）的要求，规范举报奖励发放流程，鼓励举报违法违规使用医疗保障基金的行为，动员社会力量参与医疗保障基金监督，维护医疗保障基金安全和公民医疗保障合法权益，结合我市实际，对《实施办法》涉及的相关事项进行明确，并制定了《漳州市违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则》（以下简称《实施细则》）。

为确保举报奖励制度落实到位，我市发放“违法违规使用医疗保障基金举报奖励”所需资金纳入市本级财政年度预算，专款专用，并接受财政、审计、监察等部门的监督检查。

现将《实施办法》及《实施细则》印发你们，请一并遵照执行。执行过程中发现的问题，请及时向市医保局、市财政局反馈。

- 附件：1.福建省医疗保障局 福建省财政厅关于印发《福建省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施办法》的通知
- 2.漳州市违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则



(此件主动公开)



附件 1

福建省医疗保障局 福建省财政厅 关于印发《福建省违法违规使用医疗保障 基金举报奖励实施办法》的通知

闽医保规〔2024〕2号

各设区市医疗保障局、财政局，平潭综合实验区医疗保障局、财政金融局：

为鼓励举报违法违规使用医疗保障基金的行为，动员社会力量参与医疗保障基金监督，维护医疗保障基金安全和公民医疗保障合法权益，根据《国家医保局办公室 财政部办公厅关于印发〈违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法〉的通知》（医保办发〔2022〕22号），制定了《福建省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施办法》。现印发给你们，请遵照执行。

福建省医疗保障局

福建省财政厅

2024年1月31日

（此件公开发布）

福建省违法违规使用医疗保障基金 举报奖励实施办法

第一章 总则

第一条 为鼓励举报违法违规使用医疗保障基金的行为，动员社会力量参与医疗保障基金监督，维护医疗保障基金安全和公民医疗保障合法权益，根据《医疗保障基金使用监督管理举报处理暂行办法》《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》等有关规定，结合我省实际，制定本办法。

第二条 自然人(以下称举报人)向医疗保障行政部门反映涉嫌违法违规使用基本医疗保险(含生育保险)基金、医疗救助基金等医疗保障基金行为并提供相关线索，经查证属实应予奖励的，适用本办法。

医疗保障行政部门委托医疗保障经办机构等组织开展举报处理工作的，参照本办法执行。

违法违规使用居民大病保险、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助等医疗保障资金的举报奖励，参照本办法执行。

第三条 举报奖励遵循依法保护举报人合法权益、自愿领取、奖励适当的原则。

第四条 举报人可以通过医疗保障部门公布的接收投诉举报

的互联网、电话、传真、邮寄地址等渠道，向各级医疗保障部门举报违法违规使用医疗保障基金行为。

第五条 举报人可以实名或者匿名举报，实名举报应当提供真实身份证明和有效联系方式，匿名举报人有举报奖励诉求的，提供能够辨别其举报身份的信息作为身份代码，并与医疗保障部门专人约定举报密码及联系方式。

匿名举报人接到奖励领取告知，并决定领取奖励的，应当主动提供真实身份证明、身份代码、举报密码等信息，便于医疗保障部门验明身份。

各级医疗保障部门可以结合实际制定匿名举报奖励发放的特别程序规定。

第六条 举报奖励由处理举报的医疗保障行政部门负责发放。

举报奖励资金按照分级预算、属地管理原则，由当地财政部门纳入预算安排，医疗保障部门专款专用，并接受财政、审计、监察等部门的监督检查。

第二章 奖励条件

第七条 奖励举报人应当同时符合下列条件：

（一）有明确的被举报对象和具体违法违规线索，并提供了有效证据；

(二) 举报的主要事实、证据事先未被医疗保障部门掌握;

(三) 举报事项经查证属实, 被举报行为已造成医疗保障基金损失;

(四) 举报人愿意得到举报奖励, 并提供可供核查且真实有效的身份信息、联系方式等;

(五) 其他依法依规应予奖励的必备条件。

第八条 有下列情形之一的, 不予奖励:

(一) 举报人为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) 违法违规使用医疗保障基金行为人主动供述本人及其同案人员的违法违规事实, 或者在被调查处理期间检举揭发其他违法违规行为;

(三) 医疗保障行政部门对举报事项作出处理决定前, 举报人主动撤回举报;

(四) 举报人身份无法确认或者无法与举报人取得联系;

(五) 举报前, 相关违法违规使用医疗保障基金行为已进入诉讼、仲裁等法定程序;

(六) 其他依法依规不予奖励的情形。

第九条 举报奖励的实施应当遵循以下原则:

(一) 两个及以上举报人分别举报同一违法违规使用医疗保障基金行为, 且举报内容、提供的线索基本相同的, 奖励最先举报人。其他举报人提供的证据对案件查处起直接、重大作用的,

可给予适当奖励。

(二)两个及以上举报人分别同时就同一违法违规使用医疗保障基金行为举报的,可以根据举报内容、提供的线索等情况按比例发放奖励,举报内容、提供的线索基本相同的视为同一举报人,按举报人数平均分配奖励。

(三)两个及以上举报人联名举报同一违法违规使用医疗保障基金行为的,视为同一举报人,奖金由各举报人协商分配一致后发放。

(四)同一举报人在不同医疗保障部门或多次举报同一违法违规使用医疗保障基金行为的,由作出最终处理决定的医疗保障部门奖励,不给予重复奖励。

(五)最终认定的违法违规事实与举报事项不一致的,视为无效举报,不予奖励;最终认定的违法违规事实与举报事项部分一致的,只计算相一致部分的奖励金额。

(六)上级医疗保障部门受理的跨区域的举报,最终由两个或者两个以上医疗保障部门分别调查处理的,负责调查处理的医疗保障部门分别就本行政区域内的举报查实部分进行奖励。

第三章 奖励标准

第十条 举报奖励根据举报证据与违法违规事实查证结果,分为如下三个等级:

(一) 一级：提供被举报人的详细违法违规事实、线索及直接证据，协助查处工作，举报内容与违法违规事实完全相符；

(二) 二级：提供被举报人的违法违规事实、线索及部分证据，不直接协助查处工作，举报内容与违法违规事实相符；

(三) 三级：提供被举报人的违法违规事实或线索，不能提供相关证据或协助查处工作，举报内容与违法违规事实基本相符。

第十一条 依据举报人举报的具体情况和本办法第十条划分的举报奖励级别，并根据案值大小以及案件性质等因素，给予举报人一次性奖励。医疗保障行政部门对符合奖励条件的举报人按照案值的一定比例给予一次性资金奖励，最高不超过 20 万元，最低不少于 200 元。具体奖励标准如下：

(一) 属于一级举报奖励的，按案值的 6% 给予奖励；

(二) 属于二级举报奖励的，按案值的 4% 给予奖励；

(三) 属于三级举报奖励的，按案值的 2% 给予奖励。

第十二条 举报人为定点医疗机构、定点零售药店内部人员或原内部人员的，奖金可按第十一条的奖励标准提高 20% 计算奖励金额。

第十三条 本办法所称案值是指举报事项涉及的应当追回的医疗保障基金损失金额。除举报事项外，查实的其他违法违规金额不纳入案值计算。

第四章 奖励程序

第十四条 处理举报的医疗保障行政部门应当在举报查处结案或者依法知悉生效刑事判决后，对于符合本办法奖励条件的，应当在30日内告知举报人。举报奖励由举报人申请启动奖励程序。

第十五条 处理举报的医疗保障行政部门应当对举报奖励等级、奖励标准等予以认定，确定奖励金额，并将奖励决定告知举报人。

第十六条 举报人应当在收到领取奖励通知之日起2个月内，由本人凭有效身份证明到处理举报的医疗保障行政部门领取奖金。举报人无正当理由逾期未提出奖励申请的，视为放弃奖励权利。

第十七条 匿名举报的，按事先约定的时间、地点，提供真实身份证明，以及事先约定的身份代码、举报密码等信息，在医疗保障行政部门核对无误后领取奖金。联名举报的举报人应当推举一名代表领取奖励、自行内部分配。举报人委托他人代领的，受托人需持有举报人授权委托书、委托人和受托人的有效身份证明。

第十八条 定点医疗机构、定点零售药店内部人员或原内部人员的，在申请领取举报奖励时，应当如实提供其在定点医疗机构、定点零售药店工作的相关证明材料。

第十九条 医疗保障行政部门应当开辟便捷的兑付渠道，便于举报人领取举报奖励资金。

举报奖励资金原则上使用非现金的方式兑付，按国库集中支付规定办理。

第二十条 举报人对奖励金额有异议的，可以在奖励决定告知之日起10个工作日内，向处理举报的医疗保障行政部门提出复核申请。

第二十一条 处理举报的医疗保障行政部门应当严格执行保密制度，做好兑奖人身份、兑奖地点的保密工作，切实保护匿名举报人的个人隐私，同时保存好领奖手续、转账记录等，归入财务和案件档案。

第五章 监督管理

第二十二条 各级医疗保障部门应当加强对奖励资金的申报和发放管理，建立健全举报奖励责任制度，严肃财经纪律。设立档案，包括举报受理、立案和查处情况，奖励申请、举报奖励标准认定核算、奖励决定、领取记录、资金发放凭证等，并做好汇总统计工作。

第二十三条 参与举报奖励工作的人员在办理举报奖励中有玩忽职守、徇私舞弊、弄虚作假、擅自泄露举报人信息等行为的，依法追究其行政责任；构成犯罪的，移送司法机关处理。

第二十四条 举报人应当对所举报内容的真实性负责。举报

人伪造材料、隐瞒事实，取得举报奖励，或经医疗保障部门查实不符合奖励条件的，医疗保障部门有权收回奖励奖金。举报人故意捏造事实诬告他人，或者弄虚作假骗取奖励，依法承担相应法律责任；涉嫌犯罪的，依法追究刑事责任。

第六章 附则

第二十五条 各级医疗保障部门和财政部门可依据本办法，结合辖区实际，制定本行政区域内的违法违规使用医疗保障基金举报奖励暂行办法或实施办法。

第二十六条 各级医疗保障部门在办理举报奖励过程中参考使用本办法附件文书，可结合实际情况进行适当调整。

第二十七条 本办法由省医疗保障局会同省财政厅负责解释。

第二十八条 本办法自印发之日起施行，有效期 5 年。《福建省医疗保障局 福建省财政厅关于印发〈福建省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行实施办法〉的通知》（闽医保〔2019〕37 号）同时废止。

附件 2

漳州市违法违规使用医疗保障基金 举报奖励实施细则

根据《福建省医疗保障局、福建省财政厅关于印发〈福建省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施办法〉的通知》(闽医保规〔2024〕2号,以下简称《实施办法》)等有关规定,为进一步明确我市医疗保障部门举报奖励工作流程,结合我市实际,制定本实施细则。

第一条 我市各级医疗保障行政部门处理的举报件及相应举报人情况符合《实施办法》奖励发放条件的,由办理举报件的属地医疗保障行政部门作为举报奖励的承办机构,经市医疗保障局审批,统一发放奖励金。

第二条 认定举报奖励的条件及标准遵照《实施办法》有关规定执行,《实施办法》印发之日前收到举报、尚未作出奖励决定的,可以参照《实施办法》规定执行。

第三条 对于可能符合《实施办法》奖励条件的举报件,承办机构在举报件办结或者依法知悉生效刑事判决,应当及时召开集体讨论,对举报奖励等级、奖励标准及奖励金额予以初步认定,并形成集体讨论记录。

第四条 举报件经承办机构集体讨论认为符合《实施办法》奖励条件的，应当指派2名医疗保障部门在编人员作为举报奖励经办人员，并在举报件办结或者依法知悉生效刑事判决之日起30日内将相应情况告知举报人。告知情况应如实记载在《举报奖励告知情况表》，由2名经办人员共同确认。

第五条 符合奖励条件的举报件来源于两个及以上非联名举报人的，根据举报时间先后和举报内容、提供的线索涉及情况，排除不符合奖励条件的举报人，对符合奖励条件举报人采用如下案值分配方式，作为后续奖励金计算基数，案值分配比例应当经承办机构集体讨论确定并记录：

（一）举报时间根据举报人作出举报动作的时间确定，比如信件送出时间、邮寄时间、来电时间等，精确到天。

（二）先后分别举报，且举报内容、提供的线索基本相同的，符合奖励条件的最先举报人分配100%案值。

（三）先后分别举报，且举报内容、提供的线索有所不同，其他举报人提供的证据对案件查处起直接、重大作用的，符合奖励条件的最先举报人分配60%案值，其他符合奖励条件的举报人平均分配余下案值。

（四）同时举报，且举报内容、提供的线索基本相同的，由符合奖励条件的举报人平均分配案值。

（五）同时举报，且举报内容、提供的线索有所不同的，根据对举报件查处的直接影响确定案值分配比例。

第六条 举报奖励由举报人申请启动奖励程序。举报人可以在被告知时当场提出申请，也可以自被告知申请奖励权利之日起2个月内，向承办机构提交《举报奖励申请书》，逾期未提出奖励申请的，视为主动放弃。

第七条 属于联名举报的，举报奖励由各举报人共同推举的代表统一领取，奖励金由联名举报人内部自行分配。

第八条 申请人属于联名举报人推举的代理人等受委托领取的情况，应当在提出申请的同时说明情况并提交相应的授权委托书及委托双方有效身份证明。

第九条 举报人属于定点医疗机构、定点零售药店内部人员或原内部人员的，应当在申请举报奖励时，主动说明并提供其在定点医疗机构、定点零售药店工作的相关证明材料，如：录（聘）用通知、劳动合同、任（离）职证明、任命书、解聘通知、退休通知、工作证、工资条、表彰决定、荣誉证书等。申请时未主动说明或未能提供相关证明材料的，视为放弃奖励提高部分。

第十条 同一举报人多次举报同一违法违规使用医疗保障基金行为的（包含向国家医保局、省医保局举报，由我市医疗保障部门作出最终处理的），只可向承办机构提出一次举报奖励申请及复核申请，重复申请的不予受理。

第十一条 为保障举报人权益，举报线索查办时曾经取得联系的举报人暂时无法联系的，自承办机构首次尝试联系之日起，

保留其领取奖励权利 2 个月。保留期内，承办机构每月应当至少尝试联系 1 次，并填写《举报奖励告知情况表》留存记录。

第十二条 承办机构收到申请后，准备好如下材料，报送市医保局审批（市医保局稽查科负责办理）：

（一）《举报奖励审批表》及相应集体讨论记录；

（二）《举报线索登记表》；

（三）《举报奖励告知情况表》（举报人接到通知后自行提出申请的还需提交《举报奖励申请书》）；

（四）线索办结相关材料（行政处罚决定书，或者结案审批表、法院生效判决书等）；

（五）其他与举报奖励认定有关的材料（举报人属于为定点医疗机构、定点零售药店内部人员或原内部人员的证明材料，申请人属于受委托人的授权委托书、双方有效身份证明等）。

第十三条 单笔奖励金额超过人民币 5 万元的，按照局党组“三重一大”事项集体决策制度，需经市医保局党组会议研究确定后支出。

第十四条 经审批通过应当发放的举报奖励，当年度专项预算可足额支付的，当年度发放。不能足额支付的，纳入下一年度专项预算予以支付。

第十五条 市医保局作出奖励决定后应当在 5 个工作日内制作《举报奖励通知书》。

第十六条 承办机构收到《举报奖励通知书》后，在15个工作日内以事先约定的方式告知举报人，告知情况应记录在《举报奖励告知情况表》。举报人应当在收到领取奖励通知之日起2个月内提交相应材料，领取奖励。

第十七条 举报人有特殊情况申请延迟举报奖励领取期限的，最长不得超过1个月，无正当理由逾期未领取奖励的，视为主动放弃。

第十八条 举报人对奖励金额有异议的，可以在奖励决定告知之日起10个工作日内，向举报奖励承办部门提出复核申请，并提交《举报奖励复核申请书》及相关佐证材料。举报奖励承办部门接到复核申请后，应当在10个工作日内审核举报人提交的材料，并再次经过集体讨论确定是否变更奖励建议，填写《举报奖励复核表》，按照首次报批程序申请复核确认奖励标准及金额。

第十九条 举报人领取奖励需按事先约定的时间、地点，向举报奖励承办机构提交以下相应材料：

（一）实名举报人亲自领取的，提交本人身份证等有效身份证明、银行卡、举报奖励通知书。

（二）匿名举报人亲自领取的，提交本人有效身份证明、银行卡、举报奖励通知书。

（三）受他人委托领取的，提交授权委托书、举报人和受托人的有效身份证明、银行卡、举报奖励通知书。

第二十条 举报人或者受委托人在领取奖金时，应当主动提供与事先约定一致的有效身份证明等相关材料，并填写《举报奖励领取单》，由领奖人、经办人双方签字确认。提供的材料经核对与约定信息不一致的，承办机构不予办理领奖手续。

第二十一条 举报奖励承办部门将如下材料报送市医保局稽查科汇总后提交财务机构，财务机构核对无误后应当根据财务规定及时发放奖励资金：

- （一）《举报奖励审批表》或《举报奖励复核表》；
- （二）《举报奖励领取单》；
- （三）本细则第十九条规定领取人应当提交的材料；
- （四）其他作为奖励发放依据的材料。

第二十二条 举报奖励遵循行政信赖保护原则，与举报奖励相关的行政决定、法院判决被变更或者撤销的，不应向举报人追回举报奖励，但有下列情形的除外：

- （一）举报人存在伪造材料、隐瞒事实的；
- （二）举报人故意捏造事实诬告他人的；
- （三）举报人弄虚作假骗取奖励资金的；
- （四）其他法律、法规规定不符合奖励条件的。

第二十三条 本实施细则由漳州市医疗保障局负责解释。

第二十四条 本实施细则自印发之日起施行，有效期 5 年。

举报线索登记表

漳州市_____医疗保障局

登记人：_____

线索编号	ZYB+县区首字母缩写 +年月日 (20240208)	接收时间	_____年__月__日
信息来源	(12345 投诉举报平台或其他途径)	举报方式	(现场举报、电话、来函、上级转办、互联网等)
举报人信息	(姓名, 性别, 与匿名举报人约定核实身份的代码等)	联系方式	(电话、邮箱等)
被举报对象	(姓名、身份证号、单位名称)		
举报内容	(写明时间, 涉案单位, 主要责任人, 经营地点, 违法违规行为, 相关证据, 其他需要说明的情况)		
备注	(举报人是否另有提供证据材料作为附件等)		

举报奖励告知情况表

首次联系时间：_____年__月__日		第_____次联系举报人	
线索编号：		<input type="checkbox"/> 匿名 <input type="checkbox"/> 实名	
身份信息：（预留的姓名及身份证号或识别代码）			
联系方式：（举报人预留的电话、邮箱、联系地址等）			
奖励 领取 事宜	<input type="checkbox"/> 主动放弃领取		
	<input type="checkbox"/> 提出领取申请	<input type="checkbox"/> 亲自领取 <input type="checkbox"/> 委托他人领取	
	<input type="checkbox"/> 符合领取条件	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 本人不属于违法违规使用医疗保障基金行为人主动供述本人及其同案人员的违法违规事实的情形。 <input type="checkbox"/> 本人不属于被调查处理期间检举揭发其他违法违规行为情形。 <input type="checkbox"/> 本人没有其他不符合法律、法规规定的奖励情形。	
	<input type="checkbox"/> 不符合领取条件		
	<input type="checkbox"/> 属于定点医疗机构、定点零售药店内部人员或原内部人员。		
约定奖励通知书的送达方式： （时间、地点、电子邮箱等）		核实与匿名举报人约定的代码：	
奖励通知书送达情况	<input type="checkbox"/> 已送达 <input type="checkbox"/> 尚未送达		
其他需记录的信息： （如奖励通知何时何地以何种方式送达等情况；或者举报人无法联系、主动放弃的，举报人申请延期领取的，逾期未申请、未领取的，联名举报的统一申领人是否协商一致，属于定点医疗机构、定点零售药店内部人员或原内部人员的相关材料，通话录音记录保存于何处等必须记录的重要信息）			
经办人员签名：_____、_____ _____年__月__日			

举报奖励申请书

漳州市医疗保障局：

我于_____年___月___日接到你局告知，符合举报奖励条件，现本人提出举报奖励申请。

本人_____承诺：

1. 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。

2. 本人不属于违法违规使用医疗保障基金行为人主动供述本人及其同案人员的违法违规事实的情形。

3. 本人不属于被调查处理期间检举揭发其他违法违规行为情形。

4. 本人没有其他不符合法律、法规规定的奖励情形。

*5. 本人属于联名举报的奖励统一申领人。（非联名举报人删除此条）

身份证件名称、号码：

（匿名举报人身份代码、举报密码）：

申请人签名：

_____年___月___日

举报奖励复核申请书

漳州市医疗保障局：

我于_____年____月____日接到你局举报奖励通知书，通知书文号：漳医保奖字〔 〕 号，本人现提出复核申请。

申请复核理由：

（相关佐证材料附后。）

身份证件名称、号码：

（匿名举报人身份代码、举报密码）：

申请人签名：

_____年____月____日

举报奖励审批表

漳医保奖批字（ ） 号

承办部门		线索编号		
处罚决定履行/结案/判决日期				
获奖人姓名		性别	电话	
身份证号或匿名举报人识别号				
违法违规情形	（写明时间，涉案单位，主要责任人，违法违规行为，涉及医保基金，及其他需要说明的情况。）			
查处情况	（以协议处理决定通知/处罚决定书/判决书为准。）			
案值	举报涉及的基金损失金额	申报奖励	级	元
经办人员意见	（申报奖励的建议及依据。） 经办人员签名：_____、_____ 年__月__日			
承办机构负责人意见	承办机构负责人签名：_____ 年__月__日			
单位负责人意见	单位负责人签名：_____ 年__月__日			
单位主要负责人意见	单位主要负责人签名：_____ 年__月__日			

附件：《举报线索登记表》《集体讨论记录》、相关文书（处罚决定书/协议处理通知/判决文书等）。

漳州市医疗保障局举报奖励通知书

漳医保奖字〔 〕 号

XXX:

根据《福建省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施办法》
及有关规定,您举报的_____ (举报线索编号:
_____) , 经查实符合奖励条件, 决定给予奖励人民币_____
元 (大写: _____)。请您及时按规定办理领奖事宜。

注意事项:

1. 领奖人应提交本人身份证、本通知书及银行卡。委托他人
代领奖励资金的, 委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。

2. 请在收到奖励通知之日起 2 个月内领取, 逾期未领取的,
视为主动放弃。

3. 如对奖励金额有异议的, 应当于 10 个工作日内提出复核
申请。

4. 奖励金额为含税金额, 领奖人请按照相关规定纳税。

特此通知。

联系人: _____ 联系电话: _____

联系地址: _____

漳州市医疗保障局

年 月 日

违法违规使用医疗保障基金行为 举报奖励复核表

漳医保奖复字（ ） 号

申请人姓名		性别		电话		
身份证号	年 月 日	线索编号				
提请复核时间			承办部门			
申请复核理由	（写明申请人为何申请复核）					
复核前奖励情况	奖励等级：		奖励金额：		元	
复核后奖励建议	奖励等级：		奖励金额：		元	
承办部门 经办人意见	（复核后奖励是否有变化和相应的依据）					
	经办人员签名：_____、_____ _____年__月__日					
承办部门 负责人意见	承办部门负责人签名：				年 月 日	
单位负责人意见	单位负责人签名：				年 月 日	
单位主要 负责人意见	单位主要负责人签名：				年 月 日	

附件：《举报奖励复核申请书》及相关佐证材料。

违法违规使用医疗保障基金行为 举报奖励领取单

漳医保奖领字 () 号

领取人姓名		性别	
领取时间	年 月 日	联系电话	
身份证号 (匿名举报人识别号)			
举报奖励通知书编号			
奖励金额(含税)	元		
奖励金额(大写)	拾 万 仟 佰 拾 元 角 分		
收款账户(银行卡号)			
领取人签名	年 月 日		
承办机构 经办人员签名	年 月 日		
	年 月 日		

注：此表原件由承办机构存档，转账凭证附后。

抄送：福建省医疗保障局，福建省财政厅，市医保基金中心
(含监测中心)。

漳州市医疗保障局办公室

2024年3月25日印发
