附件1 《欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励申请表》

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗保障举报奖励金申请表** | | | | | | | | | | | |
| 举报人信息 | 姓名 |  | 身份证号 |  | | | 电话 | |  | | |
| 举报时间 |  | 举报事项 |  | | | | | | | |
| 收款人银行账号 | |  | | | 开户行名称 |  | | | | |
| 申请 内容 | 经实名举报 ▢定点医疗机构 ▢定点零售药店 ▢参保人 ▢医疗保障经办机构工作人员存在违规骗取医疗保险基金的情况。按照国家医疗保障局、财政部办公厅印发的《欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法》，以及省、市医保局举报奖励相关规定，现申请给予奖励。 | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|  |  |  |  |  |  | | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | | |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | | |  | | 申请人： |  | |
|  |  |  |  |  |  | | |  | | 申请日期： |  | |