附件

举报违法违规使用医疗保障基金行为

奖励通知书

编号：x举奖字〔 〕第xx号

（举报人姓名）：

你于 年 月 日举报 （主要违规内容） 。经查， （主要违规事实及认定基金损失金额） 属实（基本属实），根据《绍兴市违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则》，决定给予 （大写） 元奖励。

请自收到本通知书之日起2个月内，持本人有效身份证原件和银行卡至 （领取地点） ，或将本人有效身份证和银行卡复印件以挂号件方式邮寄至 领取奖励金。逾期不领取的（挂号件以邮戳时间为准），视为放弃。

特此通知。

联系人： 电话：

×××医疗保障（分）局（盖章）

 年 月 日

（注：本通知书一式三份，举报人、存入案卷及财务部门各一份）