附件2

内蒙古自治区欺诈骗取医疗保障

基金行为举报奖励审批表

（法人、其他社会组织）

编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 联系电话 |  | 举报时间 |  |
| 单位证件种类 |  | 单位证件号码 |  | | |
| 案件名称 |  | | | | |
| 奖励理由 |  | | | | |
| 申请奖励金额 |  | | 案件承办人 |  | |
| 医疗保障基金监督机构审核 意见 | 年 月 日（签章） | | | | |
| 医疗保障部门意见 | 年 月 日（签章） | | | | |