附件1

**海南省医疗保障基金欺诈骗取行为举报表**

单位： 医保举笔字[ ] 号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理时间 | 年 月 日 时 分 | | 举报方式 | 来访 来电 信函 网络  匿名 越级 其它 | | |
| 举 报 人 基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 化名 |  | 联系电话 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 被举报  对象基  本情况 | 姓名 |  | 职务 |  | 联系电话 |  |
| 单位名称 |  | | | | |
| 单位地址 |  | | | | |
| 举报事项 | 欺诈骗保行为发生的时间： 地点：  主要事实：  证据材料清单：1.  2.  3. | | | | | |
| 处理建议 | 受理  不予受理  转办  其它 | | | | | |
| 举报人 | 签字： 年 月 日 | | | | | |
| 经办人 | 签字： 年 月 日 | | | | | |
| 举报人填表 工作人员填表 | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | |