附件3

**海南省医疗保障基金欺诈骗取行为举报奖励通知书**

医保举奖通字[ ] 号

：

根据《中华人民共和国社会保险法》《欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法》和《海南省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法实施细则》等规定，决定对 案件举报人 予以奖励，奖金 元（大写： ）。请在接到本通知书后的30日内，提供能够辨别身份的有效证件、银行账户信息或其他非现金收款方式等。如果委托他人办理现场确认，受托人还应当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。

逾期未办理确认手续的，视为自动作废。

联系人： 联系电话（传真）

通信地址： 邮编：

医疗保障部门（印章）

年 月 日

注：本文书一式两份，举报人、入卷各一份。