附件：

医疗保障基金举报奖励通知书

                   ：

根据医疗保障基金举报奖励有关规定，您（贵单位）于   年  月  日向我局举报的欺诈骗取医疗保障基金事项符合奖励的范围和条件，决定给予奖励人民币     元。请接到本通知书30日内，持本通知书及本人有效身份证件或单位有效证件，前往（XX医疗保障部门）办理奖金领取手续。逾期不办理的，视为放弃权利。

感谢您为维护医疗保障基金安全做出的贡献！

联系人：              联系电话：

传真号：              邮   编：

地 址：

 医疗保障部门（盖公章）

                 年   月  日

注：本通知书一式两份，一份存入奖励档案，一份交举报人。