附件3

XX医疗保障局

举报违法违规使用医疗保障基金行为奖金领取凭证

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 案件（宗）编号 |  | 案件名称 |  |
| 被举报人名称 |  | 奖金数额 |  |
| 发放人 |  | 领取通知书文号 |  |
| 领取人 |  | 领取人证件号 |  |
| 账户名 |  | 开户银行 |  |
| 银行账号/卡号 |  | | |
| 今领到违法违规使用医疗保障基金举报奖励金 元（ 大写 元）。  领取人：（签字）  年 月 日 | | | |