附件2

**举报奖励核准表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 举报人名称 |  | | | 电话 |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | |
| 立案日期 |  | 结案日期 | |  | | 案件编号 |  |
| 举报内容 |  | | | | | | |
| 查处情况 |  | | | | | | |
| 案件金额 |  | | 举报涉及案值 | | |  | |
| 奖励比例 |  | | 奖励金额 | | |  | |
| 经办单位意见 | | | 核准机关意见 | | | | |
| 盖 章  年 月 日 | | | 盖 章  年 月 日 | | | | |

注：本文书一式两份，一份医疗保障局留存、一份办案机构归档。