附件3

符合举报奖励条件告知书

\_\_\_\_\_\_医保奖告〔 〕 号

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_：

你举报的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_一案，经本局立案调查，现已结案。依据《鞍山市违法违规使用医疗保障基金行为举报奖励管理办法》规定，你符合举报奖励条件，有权申请举报奖励。请你自收到本告知书之日起15个工作日内，向本局提交《举报奖励申请书》，超过期限未提交《举报奖励申请书》的，视为主动放弃此权利。

联系人:

联系电话∶

附件：举报奖励申请书

单位名称（公章）：

年 月 日

本文书一式两份，一份送达举报人、一份办案机构归档。