附件4

举报奖励申请书

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_：

我于 年 月 日接到你单位告知，符合举报奖励条件，具有申请奖励的权利，本人现申请举报奖励，并作出如下承诺∶

1、本人不是医疗保障部门工作人员或者受医疗保障部门委托履行基金监管职责的第三方机构工作人员；

2、本人不是实施违法行为人；

3、本人不存在其他不符合法律、法规规定的奖励情形。

申请人签名∶

年 月 日