附件5

举报奖励决定通知书

\_\_\_\_\_\_医保奖决〔 〕 号

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_：

根据你提出的举报奖励申请，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，经本局研究，决定给予你举报奖励人民币\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。请在收到本通知书之日起2个月内，到本局办理领取举报奖励事宜。逾期未领取的，视为主动放弃。

本人领取奖励的须携带本通知书及本人有效身份证明、本人名下银行卡。委托他人代领的，受托人须携带本通知书，同时持有你本人的授权委托书、有效身份证明和受托人的有效身份证明和受托人名下的银行卡。

如对奖励金额有异议的，请在收到本通知书之日起10个工作日内，向本局提出复核申请。

联系电话:

联系人：

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。