

附件7

违法违规使用医疗保障基金行为 举报奖励领取收据

医保奖收字() 号

举报人姓名		性别		电话	
身份证号(匿名 举报人识别号)					
奖励事由					
奖励金额 (含税)		给付方式	(银行转账)		
领奖人身份证 复印件粘贴处	正面、背面(匿名举报除外)				
领奖人确认	本人已收到上述奖励金。 签名： 领奖时间：				
转账凭证 粘贴处					

注：此表原件由医疗保障行政部门统一存档