附件3

违法违规使用医疗保障基金

举报奖励申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 举报人姓名  举报人姓名 |  | 身份证号码  身份证号码 |  |
| 举报人联系方式 |  | 举报日期 |  |
| 开户行 |  | 账号 |  |
| 本人承诺，举报内容及提供材料真实，不存在伪造材料、隐瞒事实等方式骗取举报奖励行为，如有捏造、歪曲事实，诬告陷害他人的，愿意依法承担相关法律责任。  举报人： 年 月 日 | | | |

注：本文书一式两份，财务、入卷各一份。