附件2

# 天门市医疗保障基金监督举报奖励通知书

### 医疗保障基金监督奖字〔20xx〕　号

XX(举报人姓名或举报单位名称）：

你（单位）举报反映xx(案件记录编号xx号），该举报事项已于xx年xx月xx日立案，于xx年xx月xx日调查处理完毕，该案查实涉及违法违规金额共计xx元。根据《天门市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则》（ ）规定，特奖励人民币XX元。

请你自收到本通知之日起2个月内，与市医疗保障局联系，以上门或邮寄的方式提供经本人（或法人）签字填好的《天门市医疗保障基金监督举报奖金申领表》（网上可下载）、身份证或有效证件复印件，我们将办理相关手续，直接把举报奖金汇入你的账户。特此通知。

联 系 人：

联系电话：

地址邮编：

天门市医疗保障局

年 月 日