附件3

# 天门市医疗保障基金监督举报奖金申领表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申领人（签字） |  | 证件名称及号码 |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 |  |
| 奖励通知书编 号 | 医疗保障基金监督奖字〔20xx〕　号 | | |
| 奖励金额（大写） | 仟 佰 拾 元 ￥ | | |
| 本人（单位）银 行账号信息 | 个人姓名（单位名称）： | | |
| 个人（单位）银行账号： | | |
| 开户银行： | | |