附件2

xxx市（县、区）违法违规使用医疗保障

基金举报奖励通知书

编号：

根据《湖北省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则》的有关规定，经我局研究，决定对你（你单位）举报

案件奖励人民币 元（大写 元）。请于 年 月 日持本通知和有效身份证件到我局领取奖金；由代理人代为领取的必须出具书面委托书、个人有效证件和本通知书；举报人是法人或社会组织，可以委托本单位人员代为领取奖金，代理人必须出具授权委托书、个人有效证件和本通知书。接到本通知逾期未领取奖励的，视为放弃领取奖励。

联 系 人：

联系电话：

领奖地址：

年 月 日

注：本通知一式两联，第一联存入案件档案，第二联交举报人。