**附件2**

**举报欺诈骗取医疗保障基金行为**

**奖励通知书**

 编号：

 （举报人姓名）：

你于   年    月   日举报（主要违规内容）。经查，（主要违规事实及认定基金损失金额） 属实（基本属实），根据《湖南省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则（试行）》，决定给予     （大写）元奖励。

请自收到本通知书之日起30个工作日内，持本人有效身份证原件和银行卡至  （领取地点）　领取奖励金。逾期不领取的，视为放弃。

特此通知。

联系人：              电话：

 （盖章）

 年  月  日

（本奖励通知书一式二份，一份交举报人、一份存入奖励档案。）