**附件3**

**举报欺诈骗取医疗保障资金行为奖金领取凭证**

编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 案件编号 |  | 案件名称 |  |
| 被举报人名称 |  | 举报奖金数额 |  |
| 经办人 |  | 领款人 |  |
| 今领到举报欺诈骗取医疗保障资金行为奖金元（大写）。  领款人(签名)：  身份证号码：   |  | | --- | |  |   年   月   日 | | | |