

附件 1

青海省医疗保障举报线索受理登记表

登记部门:

登记日期: 年 月 日 时 分

信访编号:

| | | | |
|-------------------------|---|-------------------|--|
| 信息来源 | 国家移交 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 信件 <input type="checkbox"/> 网络 <input type="checkbox"/> 来访 <input type="checkbox"/> 转办 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> | | |
| 举报人 | | 刷卡医保类型 (职工、居民) | 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> |
| 联系方式 | | 社保卡号 | |
| 被举报人 | | 被举报人地址 | |
| 案情摘要: | | | |
| 记录人: 年 月 日 | | | |
| 初步处理意见: | | | |
| 签字(基金监管部门负责人): 年 月 日 | | | |
| _____受理 | | | |
| 签字(局主管领导): 年 月 日 | | | |
| 不予受理原因 | | | |