

附件 2

青海省医疗保障举报线索交办单

××监交〔 〕第 号

_____:

本局于_____年_____月_____日收到_____

_____线索，根据《举报线索处理暂行办法》的规定，按照属地管理的原则，现将下列材料移送你单位。

附：线索简介及有关材料

××医疗保障局

年 月 日

备注：本交办单一式两份，一份留存交办单位，一份交受交办单位。