沈阳市医疗保障行政执法规程文书使用样式

沈阳市医疗保障局

二〇二四年六月

**沈阳市医疗保障局**

**行政处罚案卷**

|  |  |
| --- | --- |
| 案件名称 |  |
| 执法机构 |  |
| 行政处理决定类型 | □行政处罚 □责令改正违法行为□不予处罚 □撤销案件□涉嫌犯罪移送司法机关 □移送其他行政机关、经办机构□终止调查 □其他 |
| 案卷号 |  |
| 执法人员 |  |
| 立 卷 人 |  | 本卷页数 | 共　 页 |
| 归档日期 |  年 月 日 | 保管期限 |  |

**沈阳市医疗保障局**

**卷内文件目录**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **发文文号** | **文件名称** | **页号** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |

**沈阳市医疗保障局**

**案件来源登记表**

登记号：

|  |  |
| --- | --- |
| 登记时间 | 年 月 日 时 分  |
| 来源分类 | □监督检查 □投诉举报 □上级机关交办□司法机关或其他行政机关移送 □舆情分析□其他  |
| 案源提供人 | 检查人员 | 姓名 |  | 所属单位 |  |
| 姓名 |  | 所属单位 |  |
| 移送交办单位 | 名称 |  | 联系人 |  |
| 联系电话 |  | 联系地址 |  |
| 其他情况 |  |
| 案源登记内容 | 登记人签名：年 月 日 |
| 案源处理意见 | 执法部门负责人签名：  年 月 日 |
| 备注 |  |

注：可根据不同案件来源后附相关材料清单。

**沈阳市医疗保障局**

**投诉举报记录**

|  |  |
| --- | --- |
| 接到投诉举报时间 | 年 月 日 时 分  |
| 投诉举报方式 | □来信 □来电 □来访□其他  |
| 投诉举报人 | 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  | 住址 |  |
| 投诉举报内容 | 接报人签名：年 月 日 |
| 备注 |  |

注：对于投诉举报人信息，应当保密。

**沈阳市医疗保障局**

**行政检查审批表**

|  |  |
| --- | --- |
| 案件来源 | □举报投诉 □上级交办 □其他机关移送□日常监督检查 □其他  |
| 检查对象 | 个人 | 姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 单位 | 名称 |  | 法定代表人 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 住址/住所 |  | 联系电话 |  |
| 检查时间 |  |
| 检查内容 |   |
| 检查依据 |   |
| 承办机构意见 | 承办机构负责人签名： 年 月 日 |
| 主管机关意见 | 机关负责人签名： 年 月 日 |

**沈阳市医疗保障局**

现场检查通知书

沈医保 检通字〔20××〕第 号

 ：

根据《医疗保障基金使用监督管理条例》第六条、第二十七条 规定，兹指派下列人员于 年 月 日，对你（单位）进行检查，检查范围和内容主要是

 ，请予积极配合，做好有关资料的准备，并提供必要的工作条件。

如果你（单位）认为检查人员与本案有利害关系，可能影响公正办案，可以申请回避，并说明理由。你（单位）是否申请检查人员回避：□申请回避；□不申请回避。

检查组组长及其执法证号：

检查组成员及其执法证号：

联系人： 联系电话：

特此通知。

 沈阳市医疗保障局 （公章）

 年 月 日

（本文书一式三份，一份送达被检查人，一份承办机构留存，一份随卷归档。）

**沈阳市医疗保障局**

**行政执法检查登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 行政执法机 关 |  |
| 被检查单 位 |  | 检查时间 |  |
| 检查方式 | 现场检查 |
| 行政执法检查法律依据 |  |
| 行政执法检查具体事项 | 定点医疗机构（ ）定点零售药店（ ） |
| 行政执法检查人员及执法证件编码 | 执法人员姓名 | 执法证件编号 |
|  |  |
|  |  |
| 执法检查小组负责人 |  | 联系电话 |  |
| 被检查单位负责人签字 |  | 联系电话 |  |

注：本表由执法机关填写，并向被检查企业出示。

本表一式三份，一份由执法机关存档，一份交被检查企业留存，一份由执法检查机关交政府法制办备案。

**授权委托书**

委托人姓名或名称：

身份证号码或统一社会信用代码：

（委托人为单位）法定代表人（负责人）：

联系电话 ：        住址（住所）：

被委托人姓名：

身份证号码：

联系电话 ：       住址：

委托人因 一案/一事，现委托 作为代理人办理如下事项：

□代理委托人接受调查；

□代理委托人接受约谈；

□代理委托人申请回避、进行陈述申辩、申请听证等；

□代理委托人提交相关材料、签收法律文书等；

□代理委托人退回医保基金、缴纳罚款等；

□代理委托人办理的其他相关事宜。

□其他

委托期限：从本文书生效之日起到 一案/一事终结之日止。

对被委托人在办理上述事项过程中陈述、申辩的内容以及所签署的文件,本人（本单位）均予以认可,并承担相应的法律责任。

 委托人（签字）：

（单位公章）

 年 月 日

沈阳市医疗保障局

**检查笔录**

时间： 年 月 日 时 分至 年 月 日 时 分

检查地点：

被检查人姓名或名称：

被检查人身份证号或统一社会信用代码：

联系电话：

见证人姓名： 联系电话：

见证人身份证号码：

执法人员表明身份、出示证件及被检查人确认的记录：执法人员（问）：我们是 医疗保障局的行政执法人员 、 ，这是我们的执法证，编号 、 ，请过目确认： 。

今天我们依法进行检查并了解有关情况，你（单位）应当配合检查，如实提供材料，不得拒绝、阻碍、隐瞒或者提供虚假情况。如果你认为检查人员与本案有利害关系，可能影响公正办案，可以申请回避，并说明理由。你（单位）是否申请检查人员回避：□申请回避；□不申请回避。

你（单位）有权对本次检查提出陈述、申辩。被检查人的陈述、申辩意见：

检查情况：

被检查人签名： 年 月 日

检查人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

见证人签名： 年 月 日

第 页 共 页

被检查人签名： 年 月 日

检查人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

见证人签名： 年 月 日

第 页 共 页

被检查人阅读确认意见：

见证人阅读确认意见：

被检查人签名： 年 月 日

检查人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

见证人签名： 年 月 日

第 页 共 页

沈阳市医疗保障局

调取证据材料通知书

沈医保 调通字〔20××〕第 号

 ：

因调查 一案的需要，根据《行政处罚法》第五十五条和《社会保险法》第七十九条第二款的规定，

□请你（单位）配合将下列证据材料按照通知书下方提供的联系人、联系电话、联系地址寄至我机关：

□现由 、 2 名人员前来你（单位）处调取下列证据材料：

1.

2.

3.

4.

5.

请你（单位）依法予以协助，并于 年 月 日前提供上述证据材料。

联系人：

联系电话：

联系地址：

沈阳市医疗保障局（公章）

 年 月 日

（本文书一式三份，一份送达证据持有人，一份承办机构留存，一份随卷归档。）

沈阳市医疗保障局

现场检查报告

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被查单位名称 |  | 被查单位负责人 |  |
| 检查部门名称 |  | 检查部门负责人 |  |
| 检查组组长 |  | 检查组主查人 |  |
| 检查项目 |  |
| 检查时间 |  | 报告完成日期 |  |
| 现场检查工作基本情况 |  |
| 被查单位工作基本情况及总体 评 价 |  |
| 检查中发现的问题 |  |
| 处理意见 |  |
| 提示：本检查报告是由医疗保障部门的监管人员依照有关法律、法规等对被检查人实施现场检查后形成的。资料来源于被查单位提供的业务、财务信息及有关资料。本报告必须保密。 |

沈阳市医疗保障局

No.0001

**当场行政处罚决定书**

 医保 当罚字〔20 〕第 号

当事人（姓名或单位名称）：

主体资格证件名称及号码：

住所或住址： 联系方式：

（单位）法定代表人（主要负责人）：

执法人员及执法证号：

执法人员及执法证号：

经查：你（单位）

 的行为，违反了

 的规定，事实确凿。本机关执法人员当场向你（单位）告知了违法事实、依据、处罚内容和依法享有的权利，□ 并听取了你（单位）的陈述和申辩（□ 对此，你（单位）未作陈述和申辩）。

现依据 ，我机关决定对你（单位）处以下行政处罚：

□警告

□罚款人民币 （大写）。￥： 。

罚款按下列方式缴纳：

□符合《行政处罚法》第六十八条规定的情形，当场收缴。

□自即日起十五个工作日内将罚款缴沈阳市医疗保障局辽宁省非税收入待解缴账户。

逾期不缴纳罚款的，依据《行政处罚法》第七十二条第一款第一项的规定，每日按罚款数额的百分之三加处罚款，并依法申请人民法院强制执行。

如对本决定不服，可以于收到本决定书之日起六十日内向 人民政府申请复议，也可以于六个月内依法向 法院提起行政诉讼。当事人对本决定不服申请复议或者提起行政诉讼的，行政处罚不停止执行。

 沈阳市医疗保障局

 年 月 日

处罚地点：

当事人（签字或盖章）： 年 月 日

执法人员签名： 年 月 日

执法人员签名： 年 月 日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份由本机关留存，一份随卷归档。）

**沈阳市医疗保障局**

### 行政处理决定书

沈医保 处字〔20××〕第 号

当事人（姓名或名称）：

主体资格证件名称及号码：

住所或地址：

（单位）法定代表人（主要负责人）：

本机关于 对你（单位）进行了调查，发现你（单位）实施了如下违法行为：

以上违法事实，主要证据如下：

对当事人陈述、申辩或者听证意见的采纳情况及理由：

（可选）从轻、减轻处罚的理由：

□依据 的规定，现责令你单位于 年 月 日前改正，并将结果函告我机关。改正内容及要求如下：

逾期不改正的，本机关将依据 的规定，

□由于你（单位）上述行为违反了 的相关规定，现依据

 ， （罚款的金额，责令退回的医疗保险金的金额）

当事人应于收到本决定书之日起十五个工作日内将罚款（和退回的医疗保险金）缴到：

收款银行： 户名：

账号：

逾期不缴纳罚款的，依据《行政处罚法》第七十二条第一款第一项的规定，每日按罚款数额的百分之三加处罚款，并将依法申请人民法院强制执行。

如对本决定不服，可以于收到本决定书之日起六十日内向沈阳市 人民政府申请复议，也可以于六个月内依法向沈阳铁路运输法院提起行政诉讼。

逾期不申请行政复议，不提起行政诉讼，又不履行本决定的，本机关将依法申请人民法院强制执行。

沈阳市医疗保障局

 （公章）

年 月 日

沈阳市医疗保障局

**责令改正通知书**

 沈医保 责改通字〔20 〕第 号

 ：

经查，你（单位） 的行为，违反了

 的规定，以上事实，有

 等为证。依据

 的规定，现责令你（单位）：

☐立即停止违法行为。

☐立即改正违法行为。

☐在 年 月 日前改正违法行为，改正内容和要求如下：

 。

☐请于 年 月 日到本单位 接受处理。 ☐并于 年 月 日前将整改情况书面报告本单位。

 如对本责令不服，可以于收到本通知之日起六十日内向沈阳市人民政府申请复议，也可以于六个月内依法向沈阳铁路运输法院提起行政诉讼。

联 系 人：

联系电话：

单位地址：

 沈阳市医疗保障局

 年 月 日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份由本机关留存，一份随卷归档。）

沈阳市医疗保障局

责令改正情况复查记录

|  |
| --- |
| 当事人： |
| 原文书文号： |
| 复查时间： |
| 复查地点： |
| 现场复查情况： |
| 现场复查照片： |
| 当事人签名： |
| 见证人签名： |
| 执法人员签名： 执法证号： |
| 执法人员签名： 执法证号： |
| 备注： |

沈阳市医疗保障局

**案件处理审批表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请事项 |  |
| 案源 |  |
| 案由 |  |
| 当事人 | 个人 | 姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 单位 | 名称 |  |
| 法定代表人（负责人） |  | 统一社会信用代码 |  |
| 联系地址 |  | 电话 |  |
| 简要案情、申请理由和拟做出决定内容 |  调查人员签名： 年 月 日 |
| 承办机构负责人意见 | 承办机构负责人签名：年 月 日 |
| 法制机构审核意见 | 法制机构负责人签名： 年 月 日 |
| 机关负责人审批意见 | 机关负责人签名： 年 月 日 |

**沈阳市医疗保障局**

**先行登记保存决定书**

沈医保 登决字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称（单位）：

当事人住址或住所（单位）：

当事人身份证号码或统一社会信用代码（单位）：

（当事人为单位）法定代表人（负责人）：

因你（单位） 的行为，涉嫌违反了

 的规定。为防止证据灭失或以后难以取得，依照《行政处罚法》第五十六条的规定，本机关决定对你（单位）下列物品（详见《先行登记保存证物清单》）予以先行登记保存。先行登记保存证物自 年 月 日至 年 月 日，由 负责保管，存放于 。

在保存期间，未经本机关批准，当事人或者有关人员不得销毁或者转移上述登记保存物品。

附件：先行登记保存证物清单

 沈阳市医疗保障局

 （公章）

 年 月 日

（本文书一式四份，一份交当事人，一份随卷归档，一份随登记保存的证物备查，一份本机关留存。）

**沈阳市医疗保障局**

**先行登记保存证物/处理清单**

当事人姓名或名称：

现场负责人姓名： 身份证号：

代理人姓名： 身份证号：

主文书名称及文号：

执法人员及执法证编号： 、

见证人姓名： 身份证号：

证物清单：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 规格 | 数量 | 型号 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

上述物品资料品种、数量经核对无误，请确认：

当事人（代理人或现场负责人）（签名）： 年 月 日

执法人员（签名）： 、 年 月 日

见证人（签名）： 年 月 日

（本文书一式四份，一份交当事人，一份随卷归档，一份随相关证物备查，一份本机关留存。）

**沈阳市医疗保障局**

**先行登记保存证物处理决定书**

沈医保 登存字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称（单位）：

当事人身份证号码或统一社会信用代码（单位）：

当事人住址或住所（单位）：

（单位）法定代表人（负责人）：

本机关于 年 月 日向你（单位）送达《先行登记保存决定书》（ 医保登处字〔20××〕第 号），对 等物品进行先行登记保存，存放于 。

现因 ，决定根据《行政处罚法》第五十六条规定对《先行登记保存决定书》载明的物品（详见《先行登记保存证物清单》）作如下处理：

□解除先行登记保存 □查封 □扣押

□移送至 。

□其他 。

如你（单位）不服本决定，可以在收到本决定书之日起60日内沈阳市人民政府申请行政复议；也可以在收到本决定书之日起6个月内直接向 沈阳铁路运输法院提起行政诉讼。

附件：先行登记保存证物处理清单

处理时间： 年 月 日

处理地点：

 沈阳市医疗保障局

 （公章）

 年 月 日

（本文书一式三份。一份交当事人，一份随卷归档，一份本机关留存。）

**沈阳市医疗保障局**

**查封（扣押）决定书**

沈医保 查（扣）字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称：

当事人身份证号码或统一社会信用代码：

当事人住址或住所：

法定代表人（负责人）：

经查，发现你（单位）实施了 违法行为。以上事实，有 等证据为凭。本机关认为，你（单位）涉嫌违反 的规定，根据 的规定，现决定对你（单位）的有关场所、设施或物品予以查封（扣押）（详见《查封（扣押）清单》）。查封（扣押）期限为自 年 月 日至 年 月 日。查封（扣押）物品由 负责保管，存放于 ，联系电话 。

在查封（扣押）期限内，你（单位）不得擅自使用、销售、转移、损毁、隐匿查封（扣押）清单所列场所、设施或物品。

你（单位）可对本决定进行陈述和申辩（或申请听证）。

如不服本决定，可以在收到本决定书之日起60日内向沈阳市人民政府申请行政复议；也可以在收到本决定书之日起6个月内向沈阳铁路运输法院提起行政诉讼。申请行政复议或者提起行政诉讼，不停止本决定的执行。

附：查封（扣押）物品清单

 沈阳市医疗保障局

 （公章）

 年 月 日

（本文书一式四份。一份交当事人，一份随卷归档，一份随查封或扣押的场所、设施或物品备查，一份本机关留存。）

**沈阳市医疗保障局**

**（解除）查封（扣押）物品清单**

当事人姓名或名称：

现场负责人姓名： 身份证号：

代理人姓名： 身份证号：

执法人员及执法证编号： 、

见证人姓名： 身份证号：

主文书名称及编号：

（解除）查封（扣押）清单：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 规格 | 数量 | 型号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

上述物品资料品种、数量经核对无误，请确认：

当事人（代理人或现场负责人）（签名）： 年 月 日

执法人员（签名）： 、 年 月 日

见证人（签名）： 年 月 日

**沈阳市医疗保障局**

**封存（扣押）现场笔录**

实施时间： 年 月 日 时 分至 年 月 日 时 分

实施事由：

实施地点：

当事人姓名或名称：

法定代表人或负责人： 联系电话： 见证人姓名： 联系电话： 见证人身份证号码：

行政执法人员 、 ；执法证编号 、

一、现场情况及告知事项：

对当事人涉嫌 的行为，行政执法人员依法实施查封（扣押）。

□1．当事人在现场，行政执法人员向当事人：

（1） 出示行政执法证件；

（2） 告知采取查封（扣押）的理由是 ， 根据 的规定；

（3） 告知对采取的查封（扣押）如有异议的，可以进行陈述、申辩；

（4） 告知如对本查封（扣押）不服，可以在收到决定书之日起60日内向沈阳市人民政府申请行政复议，也可以在收到决定书之日起6个月内直接向沈阳铁路运输法院提起诉讼。

当事人（法定代表人或负责人）： 年 月 日

现场见证人： 年 月 日

行政执法人员签名： 年 月 日

第 页 共 页

□2．当事人不在现场：

行政执法人员邀请现场见证人  到场，并出示行政执法证件。

二、当事人的陈述、申辩情况：

□当事人未进行陈述、申辩。

□ 当事人进行了陈述、申辩， 称：

 三、现场处理情况：

□ 行 政 执 法 人 员 听 取 当 事 人 的 陈 述 、 申 辩 后 ， 认为：

□行政执法人员对 （场所、设施、财物的名称、数量等）实施了查封（扣押）。

□行政执法人员作出了 （查封（扣押）决定文书名称和文号），并交由签名确认。

□行政执法人员当场向当事人交付上述（查封（扣押）决定文书名称）。

□行政执法人员对实施查封（扣押）的过程进行了拍摄。

□ （笔录末页注明“上述笔录内容，记录属实”） 。

当事人（法定代表人或负责人）签名： 年 月 日

现场见证人签名： 年 月 日

行政执法人员签名： 年 月 日

第 页 共 页

**沈阳市医疗保障局**

**延长查封（扣押）决定书**

沈医保 延查（扣）字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称：

当事人身份证号码或统一社会信用代码：

当事人住址或住所：

法定代表人（负责人）：

因你（单位）涉嫌 的违法行为，本机关于 年

 月 日向你（单位）送达《查封（扣押）决定书》（文号 ），对 进行查封（扣押），存放于 。

现因 ，根据《行政强制法》第二十五条第一款的规定，本机关依法决定延长查封（扣押）期限，延长期限自 年 月 日起至 年 月 日止。

你（单位）可对本决定进行陈述和申辩（或申请听证）。

如不服本决定，可以在收到本决定书之日起60日内向沈阳市人民政府申请行政复议；也可以在收到本决定书之日起6个月内向沈阳铁路运输法院提起行政诉讼。申请行政复议或者提起行政诉讼，不停止本决定的执行。

 沈阳市医疗保障局

 （公章）

 年 月 日

（本文书一式三份，一份交当事人，一份随卷归档，一份由本机关留存。）

**沈阳市医疗保障局**

**解除查封（扣押）决定书**

沈医保 解查（扣）字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称：

当事人身份证号码或统一社会信用代码：

当事人住址或住所：

（单位）法定代表人（负责人）：

本机关于 年 月 日向你（单位）送达《查封（扣押）决定书》（文号 ）（以及于 年 月 日，向你（单位）送达《延长查封（扣押）期限决定书》（文号 ）），对

 等物品进行查封（扣押），存放于 。

现因 ，根据《行政强制法》第二十八条第一款的规定，本机关决定，自 年 月 日起，对 予以解除查封（扣押）措施。

其中需退还你（单位）的物品，请你（单位）于 年 月 日前凭本决定书及解除查封（扣押）物品清单到 取回。逾期不领取的，本机关将依法予以处理。

附：解除查封（扣押）清单

 沈阳市医疗保障局

 （公章）

 年 月 日

（本文书一式三份，一份交当事人，一份随卷归档，一份由本机关留存。）

**沈阳市医疗保障局**

**立案（不予立案）审批表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 当事人 | 单位 | 名称 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 法定代表人（负责人） |  |
| 个人 | 姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 住所或住址 |  |
| 联系电话 |  |
| 案件来源 |  | 案源登记日期 |  年 月 日 |
| 核查情况及立案（不予立案）理由 | 案由：主要事实：立案（不予立案）的依据：核查人员： 年 月 日  |
| 执法部门负责人意见 | □同意立案，建议本案由 、 承办□同意不予立案□ 执法部门负责人： 年 月 日 |
| 机关负责人意见 | 机关负责人： 年 月 日  |

**沈阳市医疗保障局**

**立案通知书**

沈医保 立通字〔20××〕第 号

 :

经初步调查，你（单位） 的行为涉嫌违反了 的规定，本机关决定对你（单位）立案调查，立案号： 。调查终结后，本机关将依法作出处理。

依照《行政处罚法》第五十五条的规定，作为本案当事人，你（单位）有义务如实回答本机关的询问，并协助本机关依法开展调查或者检查，不得阻挠。

依照《行政处罚法》第四十五条的规定，作为本案当事人，你（单位）有权进行陈述和申辩。在本机关调查期间，你（单位）可以提出你的事实、理由或者证据。本机关将对你（单位）提出的意见进行复核；你（单位）提出的事实、理由或者证据成立的，本机关将予以采纳。特此通知。

 沈阳市医疗保障局

 （公章）

 年 月 日

（本文书一式 份，一份随卷归档，一份交当事人，一份本机关留存，

 。）

**沈阳市医疗保障局**

**不予立案告知书**

沈医保 不立告字〔20××〕第 号

 ：

□经查，你机关于 年 月 日向本机关交办/移送的

 一案/案件线索不符合立案条件，具体情形如下：

□经查，你于 年 月 日向本机关投诉/举报的

 一案/案件线索不符合立案条件，具体情形如下：

□不属于本机关的管辖范围；

□超过行政处罚追诉时效；

□案件线索涉及的行为不构成违法；

□移送案件已经处理过的；

□其他 。

依据 规定，本机关决定，不予立案。

特此告知。

沈阳市医疗保障局

 （公章）

 年 月 日

（本文书一式三份，一份送达上级交办机关或移送机关或投诉举报人，一份随卷归档，一份本机关留存。）

**沈阳市医疗保障局**

**送达地址确认书**

沈医保 送确字〔20××〕第 号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 案由 |  | 立案号 |  |
| 受送达人填写送达地址确认书的告知事项 | 1. 为便于受送达人及时收到法律文书，保证执法程序顺利进行，受送达人应当如实提供确切的送达地址；
2. 受送达人可自愿选择是否同意使用电子邮件、传真等电子送达方式。
3. 确认的送达地址适用于各个行政执法阶段，包括调查、处理、执行；
4. 处理期间如果送达地址有变更，应当及时告知变更后的送达地址；受送达人未及时告知的，以其确认的地址为送达地址；
5. 因受送达人拒不提供送达地址、提供虚假地址或者提供送达地址不准确、送达地址变更未及时告知医疗保障部门、受送达人拒绝签收，导致相关法律文书未能被受送达人实际接收，直接送达的，该文书留在该地址之日为送达之日；邮寄送达的，该文书被退回之日为送达之日。
 |
| 受送达人 | 姓名（名称） |  |
| 送达地址 |  |
| 联系电话 |  |
| 电子送达 | □同意 | 手机号码（接收短信提醒）： |
| 请选择具体的电子送达方式：□电子邮件，邮箱地址为：□传真，传真号码为： |
| □不同意 |
| 受送达人对自己送达地址的确认 | 我已经知悉上述告知事项，并保证上述送达地址是准确、有效的，并愿意承担相应的法律后果。受送达人签名、盖章或捺指印：年 月 日 |
| 执法人员签名 | 年 月 日 |
| 备注 |  |

沈阳市医疗保障局

调取证据材料通知书

沈医保 调通字〔20××〕第 号

 ：

因调查 一案的需要，根据《行政处罚法》第五十六条和《社会保险法》第七十九条第二款的规定，

□请你（单位）配合将下列证据材料按照通知书下方提供的联系人、联系电话、联系地址寄至我机关：

□现由 、 2 名人员前来你（单位）处调取下列证据材料：

1.

2.

3.

4.

5.

请你（单位）依法予以协助，并于 年 月 日前提供上述证据材料。

联系人：

联系电话：

联系地址：

 沈阳市医疗保障局（公章）

 年 月 日

（本文书一式三份，一份送达证据持有人，一份承办机构留存，一份随卷归档。）

沈阳市医疗保障局

**协助调查函**

沈医保 协字〔20××〕第 号

 ：

本机关在处理 一案（立案号： ）中，因 ，特请贵单位协助调查以下问题：

1.

2.

3.

请贵单位在接到本函起 个工作日内完成以上调查工作，并在调查终结报告上加盖公章后函告本机关。调查中取得的证据请随调查终结报告一并移交本机关。如移交的证据为复印件，需注明原件保存地点，并加盖贵单位公章。若贵单位无法协助或需延期完成，请在期限届满前函告本机关。望支持为盼！

联系人：

联系电话：

 沈阳市医疗保障局

 （公章）

 年 月 日

（本文书一式三份，一份送达协助调查机关，一份由请求协助的医疗保障行政部门留存，一份随卷归档。）

沈阳市医疗保障局

**证据清单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 证据名称 | 证据类别 | 取证时间及地点 | 调查人员 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

第 页 共 页沈阳市医疗保障局

**询问笔录**

时间： 年 月 日 时 分至 年 月 日 时 分

询问地点：

被询问人： 性别： 身份证号码：

工作单位： 联系电话：

住址：

询问人： 、 记录人：

执法人员表明身份、出示证件及被询问人确认的记录：执法人员（问）：我们是 医疗保障局的行政执法人员 、 ，这是我们的执法证，编号 、 ，请过目确认： 。

今天我们依法进行检查并了解有关情况，你应当配合调查，如实回答询问和提供材料，不得拒绝、阻碍、隐瞒或者提供虚假情况。全部询问将记入书面询问笔录。如作虚假陈述的，将视情节轻重承担相应的法律责任，是否清楚？如果你认为调查人与本案有利害关系，可能影响公正办案，可以申请回避，并说明理由。你有权对本次调查询问提出陈述、申辩。

请确认：

询问内容：

被询问人签名： 年 月 日

询问人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

被询问人签名： 年 月 日

询问人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

被询问人阅读确认意见：

被询问人签名： 年 月 日

询问人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页沈阳市医疗保障局

**检测/检验/鉴定告知书**

###  沈医保 检、（鉴）告字〔20××〕第 号

（自然人姓名或单位名称）：

本机关于 年 月 日，作出了《查封（扣押）决定书》（文号），对你（单位） （查封或者扣押标的物） 实施了查封（扣押）行政强制措施。现需对查封（扣押）的物品进行（检测/检验/技术鉴定），期间自 年 月 日至 年 月 日止。根据《中华人民共和国行政强制法》第二十五条的规定，查封、扣押期间不包括检测、检验、检疫或者技术鉴定的期间，查封（扣押）期限相应顺延。

 沈阳市医疗保障局

 （印章）

 年 月 日

联 系 人： 联系电话：

地址：

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份承办机构留存，一份随卷归档。）

沈阳市医疗保障局

**检测/检验/鉴定结果告知书**

### 沈医保 检、（鉴）果告字〔20××〕第 号

你(单位) 经检验(检定)(鉴定)，被判定为

 。

你(单位》如对检验、检测、鉴定机构名称检验(检定)(鉴定)结果有异议，

请在接到本告知书之日起十五个工作日内，依法向我局提出书面复检申请。逾期即视为放弃该权利，

特此告知!

附:检验(检定)(鉴定)报告

报告编号:

 沈阳市医疗保障局

 （公章）

 年 月 日

联 系 人： 联系电话：

地址：

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份承办机构留存，一份随卷归档。）

沈阳市医疗保障局

### 中止调查通知书

沈医保 止调字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称：

当事人住址或住所：

法定代表人（负责人）：

因你（单位）所涉 案件（立案号： ），存在下述情况：

□本案处理决定的作出须以 案件的裁判结果为依据，但该案件尚未审结；

□本案处理决定的作出须以 行政决定为依据，但该行政决定尚未作出；

□ 涉及 法律适用等问题，需要送请 机关作出解释（或者确认）；

□ 因 不可抗力致使案件暂时无法调查；

□ 因 下落不明致使案件暂时无法调查；

□其他 。

本机关依据 规定，决定中止调查本案。中止调查自 年 月 日起。中止调查的原因消除后，本机关将立即恢复调查，届时会再予通知。

特此通知。

 沈阳市医疗保障局

（公章）

 年 月 日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份本机关留存，一份随卷存档。）

沈阳市医疗保障局

### 恢复调查通知书

沈医保 复调字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称：

当事人住址或住所：

法定代表人（负责人）：

本机关于 年 月 日向你（单位）制发《中止调查通知书》（文号 ），通知你（你单位），本机关决定对你（单位）所涉

 案件（立案号： ）中止调查。

现因中止调查的原因 已消除，本机关决定自 年

 月 日起恢复调查。请你（单位）配合后续调查事宜。

特此通知。

 沈阳市医疗保障局

 （公章）

 年 月 日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份本机关留存，一份随卷存档。）

沈阳市医疗保障局

**调查终结报告**

案由： 立案号：

调查人员：

调查时间：自   年  月 日至  年  月　 日

当事人姓名或名称（单位）：

当事人身份证号或统一社会信用代码（单位）：

当事人住址或住所（单位）：

（当事人为单位时）法定代表人（负责人）：

案件由来及调查经过：

 。

违法事实：

 。

主要证据及证明事项：

 。

当事人陈述申辩意见：

 。

争议要点：

 。

从轻、减轻处罚的理由：

  。

处罚依据及处罚建议：当事人上述行为违反了/构成了

的规定/所指的违法行为，依据

 的规定，应当予以

 处罚。

调查人员（签名）：

承办机构（部门、科室）负责人签名：

年 月 日

沈阳市医疗保障局

### 案件集体讨论记录

案件名称：

讨论时间： 年 月 日 时 分至 时 分

讨论地点：

主持人：

记录人：

参加人员：

案件调查人员汇报案件情况及拟处理意见：

主持人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

参加人员签名： 年 月 日

第 页 共 页

续页/尾页

讨论记录：

结论意见:

主持人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

参加人员签名： 年 月 日

第 页 共 页

沈阳市医疗保障局

**法制审核意见表**

|  |  |
| --- | --- |
| 案件名称 |  |
| 送审机构 |  |
| 送审日期 |  | 送审人 |  |
| 审核内容 |  |
| 执法主体是否合法 |  |
| 执法人员是否有执法资格 |  |
| 案件事实是否清楚，证据是否充分确凿 |  |
| 定性是否准确 |  |
| 适用依据是否准确 |  |
| 裁量基准的适用是否恰当 |  |
| 处理建议是否适当 |  |
| 程序是否合法 |  |
| 文书是否规范 |  |
| 文书是否齐备 |  |
| 是否有超越本机关职权范围或滥用职权情形 |  |
| 是否涉嫌犯罪需要移送司法机关 |  |
| 其他 |  |
| 初审意见 |    初审人（签名）：年 月 日 |
| 审核意见 法制部门负责人签名： 年 月 日 |

沈阳市医疗保障局

### 行政处罚事先告知书

沈医保 罚告字〔20××〕第 号

（当事人姓名或者名称） ：

  年 月 日，本机关对你（单位）涉嫌 的行为予以立案调查。现查明，你（单位）（简述违法事实，载明违法行为发生的时间、地点、情节、构成要件、危害后果等内容）

 。

本机关认为，你（单位）的上述行为违反了 （相关法律、法规、规章名称及条款序号） 的规定，具体有（列举证据形式，阐述证据所要证明的内容）

 等证据为凭。

鉴于 （裁量理由） ，现根据 （相关法律、法规、规章名称及条款序号） 的规定，本机关责令你（单位）改正上述违法行为，并拟对你（单位）做出如下行政处罚：

根据《行政处罚法》第四十五条的规定，你（单位）有权进行陈述和申辩，未提出陈述申辩意见的，视为放弃此权利。

□根据《行政处罚法》第六十三条的规定，对上述拟作出的

 ，你（单位）有要求举行听证的权利。你（单位）如果要求听证，可以在收到本告知书之日起5个工作日内向本机关提出举行听证的要求。逾期未提出听证申请的，视为放弃听证权利，本机关将依法作出行政处罚决定。

联系人： 联系电话：

沈阳市医疗保障局

 （公章）

 年 月 日

（本文书一式三份，一份归档，一份送达当事人，一份由本机关留存。）沈阳市医疗保障局

### 陈述、申辩笔录

案由：

当事人：

陈述、申辩人： 身份证号：

联系电话： 与当事人关系：

住址：

陈述、申辩时间： 年 月 日 时 分至 时 分

陈述、申辩地点：

案件调查人员1： 执法证号：

案件调查人员2： 执法证号：

记录人： 执法证号：

一、案件调查人员向当事人告知

经调查，

你（单位）该行为违反了

的规定。为此，我机关依据的规定，拟对你（单位）作出以下行政处罚：

陈述、申辩人签名： 年 月 日

案件调查人员签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

二、告知当事人依法享有的权利

根据《行政处罚法》第三十二条，当事人在本机关作出行政处罚之前，享有陈述、申辩的权利。

三、当事人陈述、申辩内容记录如下：

问：请出示您的身份证件，请问您与当事人是什么关系？您是否接受当事人委托？

答：

问：请问您的陈述、申辩内容？

答：

陈述、申辩人签名： 年 月 日

案件调查人员签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

问：您是否还需要补充？

答：

陈述、申辩人阅读确认意见：

陈述、申辩人签名： 年 月 日

案件调查人员签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

**沈阳市医疗保障局**

### 听证通知书

沈医保 听通字〔20××〕第 号

（当事人姓名或名称） ：

根据你（单位） 年 月 日就 （案由） 一案提出的听证要求，本机关决定于  年 月 日 时 分在（听证地点）

 举行（公开/不公开）听证。请你（单位）持本通知准时出席。

本次听证主持人为 ，听证员为 、 ，记录人为 。根据《行政处罚法》第六十三条的规定，如你（单位）认为主持人、听证员是参与本案调查取证人员或与本案有利害关系，可能影响案件公正处理，有权申请回避。申请主持人或者听证员回避，应在听证举行前向本机关提出申请并说明理由。若无正当理由不按时参加听证，又不事先说明理由的，视为放弃听证权利，本机关将终止听证。

参加听证，请你（单位）注意下列事项：

1.你（单位）可亲自参加听证，也可委托1至2名代理人参加听证。委托代理人参加听证的，应在举行听证前，提交由你（单位）签名或盖章的授权委托书、身份证原件及复印件，授权委托书应载明委托的事项、权限和期限。委托代理人代为放弃行使陈述权、申辩权和质证权的，必须有委托人的明确授权。

2.你（单位）参加听证时应携带有关证据材料。有证人出席作证的，应通知有关证人出席作证，并事先告知本机关联系人。

3.请参加人员携带身份证件，并提交身份证复印件。

联系人： 联系电话：

沈阳市医疗保障局

 （公章）

 年 月 日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份本机关留存，一份随卷存档。）

**沈阳市医疗保障局**

**听证笔录**

案由： 立案号：

听证时间： 年 月 日 时 分至 时 分

听证地点：

听证主持人：

记录人：

当事人： 地址：

（单位）法定代表人或负责人：

委托代理人： 地址：

案件调查部门：

案件调查人员：

第三人： 地址：

听证笔录（正文）：

案件调查人员签名： 年 月 日

当事人签名或盖章： 年 月 日

听证主持人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

续页

案件调查人员签名： 年 月 日

当事人签名或盖章： 年 月 日

听证主持人签名： 年 月 日

听证记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

尾页

当事人（委托代理人）：（本听证笔录已经本人审核、补正，无误。）

案件调查人员签名： 年 月 日

当事人签名或盖章： 年 月 日

听证主持人签名： 年 月 日

听证记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

沈阳市医疗保障局

### 听证报告

案件名称：

听证日期： 年 月 日

听证主持人：

案件基本情况：

案件调查人员陈述的内容和提出的证据：

当事人申辩质证的主要内容：

听证意见：

听证主持人（签名）：

 年 月 日

记录人（签名）：

 年 月 日

**沈阳市医疗保障局**

### 行政处罚决定书

沈医保 罚字〔20××〕第 号

当事人（姓名或名称）：

主体资格证件名称及号码：

住所或地址：

（单位）法定代表人（主要负责人）：

本机关于 对你（单位）进行了调查，发现你（单位）实施了如下违法行为：

以上违法事实，主要证据如下：

对当事人陈述、申辩或者听证意见的采纳情况及理由：

（可选）从轻、减轻处罚的理由：

由于你（单位）上述行为违反了 的相关规定，现依据

 ， （罚款的金额，责令退回的医疗保险金的金额）

当事人应于收到本决定书之日起十五个工作日内将罚款缴到：

收款银行： 户名：

账号：

将退回的医疗保险金缴到：

收款银行： 户名：

账号：

逾期不缴纳罚款的，依据《行政处罚法》第七十二条第一款第一项的规定，每日按罚款数额的百分之三加处罚款，并将依法申请人民法院强制执行。

如对本决定不服，可以于收到本决定书之日起六十日内向 沈阳市人民政府申请复议，也可以于六个月内依法向沈阳铁路运输法院提起行政诉讼。

逾期不申请行政复议，不提起行政诉讼，又不履行本决定的，本机关将依法申请人民法院强制执行。

沈阳市医疗保障局

 （公章）

年 月 日

**沈阳市医疗保障局**

**案件移送函**

沈医保 移字〔20××〕第 号

 ：

 一案/违法线索，在调查中发现 ，根据 规定，现将该案/违法线索移送你单位处理。

特此移送。案件查处结果请及时函告本机关。

附件：证据材料

1．

2．

3．

联系人：

联系电话：

 沈阳市医疗保障局

 （公章）

 年 月 日

（本文书一式三份，一份送达受移送机关，一份随卷归档，一份本机关留存。）

**沈阳市医疗保障局**

**涉嫌犯罪案件移送函**

沈医保 涉移字〔20××〕第 号

 ：

本机关于 年 月 日对 一案立案调查，在调查中发现

 。根据《行政处罚法》第二十七条、《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》第三条的规定，现移送你机关依法查处。

根据《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》第八条的规定，你机关如认为当事人没有犯罪事实，或者犯罪事实显著轻微，不需要追究刑事责任，依法不予立案的，请说明理由，并书面通知本机关，退回有关案卷材料。

附件：

1．案卷 册 页

2．涉案物品清单

联系人：

联系电话：

单位地址：

沈阳市医疗保障局（公章）

 年 月 日

（本文书一式五份，一份送达公安机关，一份随卷归档，一份本机关留存。一份抄送同级人民检察院备案，一份抄送政府法制工作部门备案。）

……………………………………………………………………………………

**签收回执**

 医保涉刑移字〔 〕号《涉嫌犯罪案件移送函》已于 年 月 日收到。

（公章）年 月 日

**沈阳市医疗保障局**

**移送案件涉案物品清单**

案由：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 规格（型号） | 单位 | 数量 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

移送案件接收人： 年 月 日

移送案件移送人： 、 年 月 日

（本文书一式三份，一份送达公安机关，一份随卷归档，一份本机关留存。）

**沈阳市医疗保障局**

**分期（延期）缴纳罚款申请书**

 ：

贵单位于 年 月 日向本人（单位）送达了《行政处罚决定书》（沈医保 处字〔20××〕 第 号），对本人（单位）作出了罚款

 （大写）元的行政处罚决定，本人（单位）

 ，因

 ，确实存在经济困难，无法按《行政处罚决定书》足额缴纳规定数额的罚款，恳请贵单位批准：

□延期至 年 月 日缴纳；

□分期缴纳罚款。 第 期，至 年 月 日止，缴纳罚款

 元（大写）；第 期，至 年 月 日止，缴纳罚款 元（大写）；第 期，至 年 月 日止，缴纳罚款 元（大写）。

附：经济困难情况证明材料

 申请人：

 年 月 日

**沈阳市医疗保障局**

**督促履行义务催告书**

沈医保 催字〔20××〕第 号

 ：

本机关已于 年 月 日向你(单位)作出《行政处罚决定书》（沈医保 处字〔20××〕 第 号），对你（单位）作出 的行政处罚。

你（单位）于 年 月 日收到上述决定书后，未履行 的决定，在法定期限内未申请行政复议或提起行政诉讼。本机关根据《行政强制法》第五十四条的规定，责令你（单位）在收到本催告书后10个工作日内履行上述《行政处罚决定书》确定的下列义务

 。

无正当理由逾期不履行上述义务的，本机关将依法申请人民法院强制执行。

联系人：

联系电话：

 沈阳市医疗保障局（公章）

 年 月 日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份随卷归档，一份本机关留存。）

**沈阳市医疗保障局**

**行政处罚强制执行申请书**

沈医保 强执申字〔20××〕第 号

 人民法院：

本机关对 一案于 年 月 日作出了《行政处罚决定书》（沈医保 处字〔20××〕 第 号），已于 年 月 日依法送达当事人。 （关于行政复议和行政诉讼的情况说明）

 。

本机关于 年 月 日向当事人送达了《督促履行义务催告书》（ 医保催字〔20××〕 第 号）进行催告，责令当事人于 年 月

 日前履行本机关依法作出的行政决定，当事人无正当理由逾期仍未履行义务，也未申请行政复议或者提起行政诉讼。 年 月 日本机关与当事人达成执行协议，但当事人仍未履行。根据《行政强制法》第五十三条、第五十四条的规定，特申请贵院强制执行。

一、当事人基本情况：

□姓名： 　　　　 身份证号码：

住址： 联系电话：

□名称： 　　　　 法定代表人（负责人）：

地址： 联系电话：

二、申请机关的情况：

申请机关名称： 法定代表人：

单位地址：

联系人： 联系电话：

委托代理人： 联系电话：

三、申请执行的内容：

 。

附：

1.《行政处罚决定书》及作出决定的事实、理由和依据；

2.当事人意见及行政机关催告情况；

3.申请强制执行标的情况；

4.医疗保障部门法定代表人身份证明、授权委托书、受托人身份证明等；

5.执行协议等其他依法需要提交的材料。

医疗保障部门负责人签名：

沈阳市医疗保障局（公章）

 年 月 日

（本文书一式三份，一份交人民法院，一份随卷归档，一份本机关留存。）

**沈阳市医疗保障局**

**行政检查回访调查表**

执法单位：沈阳市医疗保障局XXXXX（处、分局）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 回访事由 | XXXXXXXXXX | 执法人员 | 张XX、李XX |
| 回访行政相对人 | 名称/姓名 | 沈阳XX诊所 | 法定代表人 | 郑XX |
| 电 话 | XXXXXXXXXXX | 回访方式 | 电话 |
| 地 址 | 沈阳市XX区（县市）XX街XX路XX号  |
| 回访调查内容 | 1.行政执法单位及执法工作人员在行政执法中有无违法违纪情况；2.对行政执法工作的意见和建议；3.其他需要回访调查的事项。 |
| 行政相对人反馈意见（或由行政相对人填写） | 当事人对确认的事项在相应的项目括号内划“√”1. 执法人员是否两人以上并出示执法证件：是（）否（）

2.执法人员是否存在不规范执法，不文明执法行为：是（）否（）3.执法人员执法中是否存在乱执法、吃、拿、卡、要等违法违纪行为：是（）否（）4.执法人员是否告知你有陈述、申辩的权利：是（）否（）5.执法人员是否告知你相关法律法规：是（）否（）6.对本次执法检查的建议或意见：XXXXXXXXXXXX。行政相对人（记录人）签字：郑XX20XX年X月XX日 |

**沈阳市医疗保障局**

**结案审批表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 当事人名称/姓名 |  | 法定代表人 |  |
| 工作单位 |  | 职务 |  |
| 地址或住址 |  |
| 案由 |  | 立案时间 |  |
| 案件 来源 |  |
| 行政决定文书文号 |  | 送达时间 |  |
| 案件简要情况 |  |
| 结案方式 | □自动履行 □复议结案 □诉讼结案 □强制执行 □其他：  |
| 结案结果 | □行政处罚决定执行完毕 □案件终止调查 □违法事实不能成立 □移送司法机关 □人民法院裁定终结执行 □不予行政处罚 □移送其他行政部门、经办机构 □其他：  |
| 执法人员结案意见 | 签名：年 月 日 |
| 办案机构审核意见 | 签名：年 月 日 |
| 行政机关负责人意见 | 签名： 年 月 日  |

卷 内 备 考 表

|  |
| --- |
| 案卷修补情况说明： |
| 卷内文书材料修改情况： |

沈阳市医疗保障局综合办公室 2024年6月20日印发