附件 1

## 异议信息处理申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位（人） |  | | |
| 联系人 |  | 联系方式 |  |
| 异议信息描述 |  | | |
| 申请理由  （可附页） | 年 月 日  （盖章） | | |
| 信用承诺 | 本单位（本人）承诺所填写内容和提交的相关材料真实准确，否则由此产生的相应后果自负。  签字： （盖章） | | |
| 备注 |  | | |

附件 2

## 异议信息处理结果反馈单

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位（人） |  |
| 异议信息申请内容 |  |
| 异议信息处理结果 | XX 医疗保障局  年 月 日 （盖章） |
| 备注 |  |

附件 3

## 信用修复申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 失信主体基本情况 | 名称 | （填写法人单位名称或自然人名称） |
| 统一社会信用  代码 | （自然人填写身份证号） |
| 联系方式 |  |
| 申请修复的失信信息内容 | 失信信息内容描述 | xxxx 年 xx 月 xx 日，因\*\*\*\*行为被处以信用记分（可提供页面打印件或复印件） |
| 申请信用修复的理由 |  | |
| 本单位（本人）声明，提交的材料真实有效。  法定代表人（自然人）签字： （盖章）  申请日期： | | |

附件 4

## 不予信用修复告知书

编号：

：

我局于 年 月 日收到你（单位）提出的

申请，经审查，不符合《绍兴市医疗保障信用管理办法（试行）》 规定， 决定不予信用修复。

如不服本决定，可以自收到本告知书之日起 5 个工作日内，向 提出异议申请。

单位名称（公章） 年 月 日

经办人： 经办人电话：

附件 5

## 信用修复确认通知书

编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请修复的失信主体 | 名称 | （填写法人单位名称或自然人名称） | | |
| 统一社会信用代码 | （自然人填写身份证号） | | |
| 法定代表人 |  | 联系方式 |  |
| 失信信息内容 |  | | |
| 医疗保障部门意见 | 修复条件认定情况 | 经核实，不良信息主体已履行法定责任和义务。  至申请日，不良信息已披露 x 年 x 个月， 期间未产生新的记入信用档案的同类不良信息。 | | |
| 修复处理意见 | 经办人： 单位（盖章） 年 月 日 | | | |