

医疗保障经办机构处理意见	本次扣减信用分数 分；本年度现有信用分数 分（总分 1000 分）。 予以 处罚。 公章 日期：						
送达人 签字		日期		接收人 签字		日期	
备注：如有异议需 15 个工作日内提出书面申请，逾期视同无异议。							

本文书一式两份，经办机构留存一份，医药机构留存一份。

附件 6

定点医药机构医保信用异议申请书

评级告知书文号：

机构名称			
统一社会信用代码 代码		联系 电话	

异议申请内容：（可附相关证明材料）

公章：

日期：

医疗保障经办机构意见：

公章

日期：

附件 7

定点医药机构医保信用修复申请书

医药机构	机构名称			
	统一社会信用代码		联系电话	
不良信用	文书号		时间区间	

本单位声明，已主动纠正失信行为、消除不良影响、履行处理决定，现申请信用修复，后附整改报告和佐证材料。

公章：

日期：