

## 附件 5

### 定点医药机构医保信用评级告知书

文号： [ ]

机构名称	
统一社会信用代码	
违规行为	

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。