

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：

医疗保障经办机构意见：

公章

日期：

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 8**

**定点医药机构医保信用修复告知书**

医药机构	机构名称	
	统一社会信用代码	

你单位申请的（文书号            ）信用修复申请现已完成认定，修复结果为 通过/未通过 ，特此告知。

公章：

日期：