汕尾市医疗保障行政执法文书样式
（征求意见稿）

汕尾市医疗保障局

年　月

目　录

一、行政处罚程序流程图

行政处罚程序流程图（普通程序）.....1

二、立案审批

行政检查审批表.....1

立案（不予立案）审批表.....2

立案通知书.....3

三、现场调查取证

现场检查通知书.....4

询问笔录.....5

检查笔录.....7

陈述、申辩笔录.....10

现场检查报告.....13

案件处理审批表（一）.....14

案件处理审批表（二）.....15

询问通知书.....16

授权委托书.....17

协助调查函.....19

证据提取单.....20

中止调查决定书.....21

恢复调查通知书.....23

四、行政强制措施

先行登记保存通知书 24
先行登记保存证据清单 25
先行登记保存证据处理决定书 26
封存决定书 27
封存资料清单 28
延长封存期限决定书 29
解除封存决定书 30

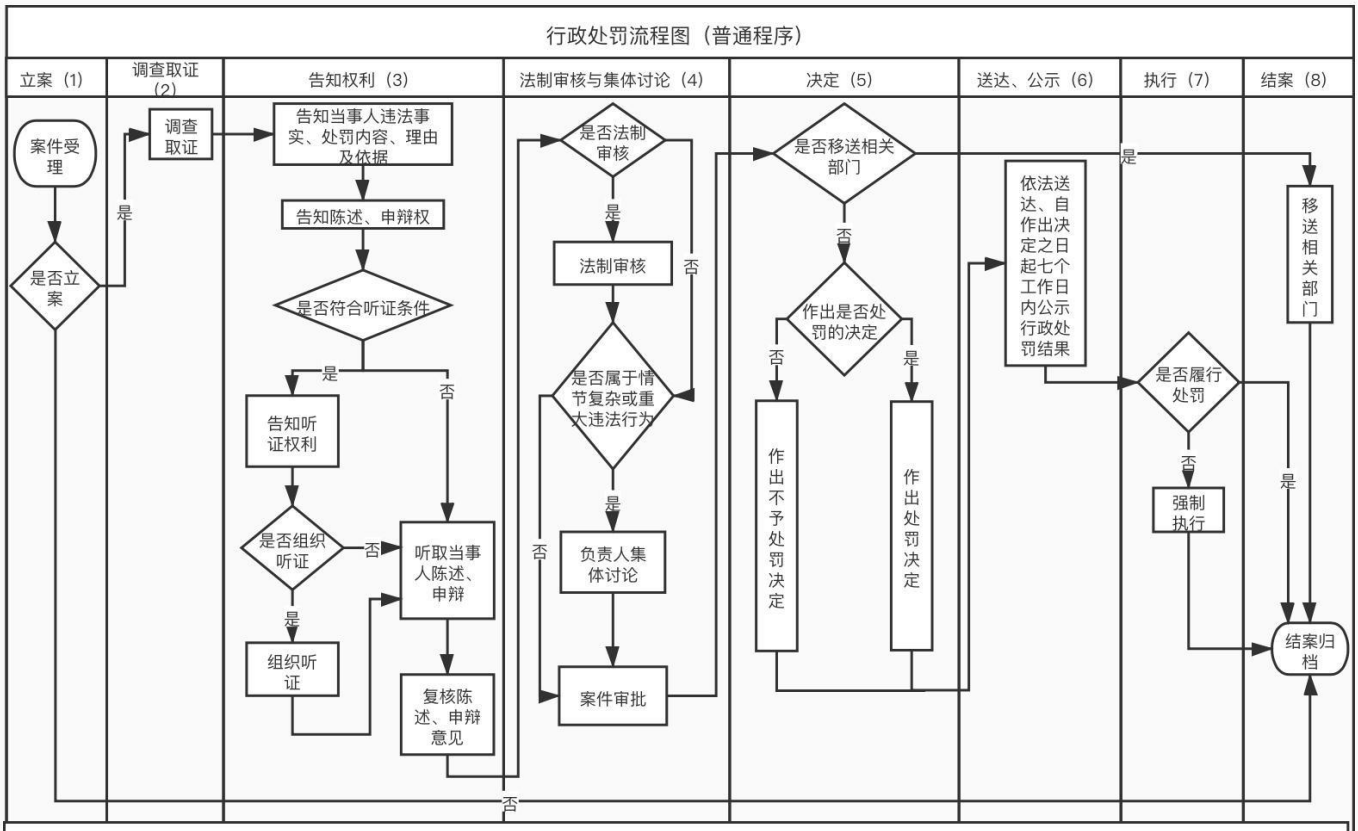
五、举行听证、法制审核

案件调查报告 31
法制审核申请表 33
行政处罚案件交接登记表 34
汕尾市医疗保障局案件审核表 35
行政处罚案件集体讨论申请表 36
责令改正情况复查记录 37
法制审核意见表 38
行政处罚告知书 39
听证通知书 40
听证公告 41
听证笔录 42
听证报告 45
专家评审委托书 47

六、决定

案件集体讨论记录 48
行政处罚决定书 50
不予行政处罚决定书 52
分期（延期）缴纳罚款申请书 53
同意分期（延期）缴纳罚款通知书 54
不予分期（延期）缴纳罚款通知书 55
移送案件涉案物品清单 56
七、送达执行
送达地址确认书 57
送达回证 58
督促履行义务催告书 59
行政处罚强制执行申请书 60
八、移送案件
案件移送函 62
涉嫌犯罪案件移送书 63
涉嫌犯罪案件移送书（回执） 64
九、结案归档
行政检查案卷 65
结案审批表 66
行政处罚案卷 67
卷内文件目录 68

行政处罚流程图（普通程序）



注：1.涉及行政执法和刑事司法衔接的案件，经决定批准移送的，应当在24小时内向同级公安机关移送。其他案件移送的在哪一环节进行不作硬性规定。

2.根据《行政处罚法》第五十八条规定，对经过听证程序的，需在听证完毕后进行法制审核。各执法部门可依照《广东省重大行政执法决定法制审核办法》规定，扩大法制审核范围，但在哪一环节实施，不作硬性规定。

3.对情节复杂或者重大违法行为给予行政处罚，当事人提出听证申请的，应先行组织听证，提请法制审核后，再实施负责人集体讨论，其他案件由执法部门自行决定在哪一环节实施负责人集体讨论。

4.根据《行政处罚法》第三十条、第三十一条、第三十三条的规定，对不满十四周岁的未成年人有违法行为的，不予行政处罚，责令监护人加以管教；对精神病人、智力残疾人在不能辨认或者不能控制自己行为时有违法行为的，不予行政处罚，应当责令其监护人严加看管和治疗；对当事人的违法行为依法不予行政处罚的，行政机关应当对当事人进行教育。

5.根据《行政处罚法》第六条、第二十八条的规定，对实施行政处罚的，应当对当事人进行教育、责令当事人改正或者限期改正违法行为。

行政检查审批表

<table>
<tr><td>案件来源</td><td colspan="5">☐举报投诉　　☐上级交办　　☐其他机关移送
☐日常监督检查　☐其他_____</td></tr>
<tr><td rowspan="4">检查对象</td><td rowspan="3">个人/单位</td><td>姓名</td><td></td><td>身份证号码</td><td></td></tr>
<tr><td>名称</td><td></td><td>法定代表人</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">统一社会信用代码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住址/住所</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>检查时间</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>检查
内容</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>检查依据</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>承办机构意见</td><td colspan="5">建议由_____、_____负责实施本次行政检查。

承办机构负责人签名:　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>分管办案机构负责人</td><td colspan="5">分管办案机构负责人:

年　　月　　日</td></tr>
</table>

汕尾市医疗保障局

立案（不予立案）审批表

<table>
<tr><td rowspan="5">当事人</td><td rowspan="2">单位</td><td>名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>统一社会信用代码</td><td></td><td>法定代表人（负责人）</td><td></td></tr>
<tr><td>个人</td><td>姓名</td><td></td><td>身份证号码</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">住所或住址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">联系电话</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>案件来源</td><td colspan="2"></td><td>案源登记日期</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>核查情况及立案（不予立案）理由</td><td colspan="5">案由:
主要事实:
立案（不予立案）的依据:

核查人员:
年　月　日</td></tr>
<tr><td>办案机构负责人意见</td><td colspan="5">□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</td></tr>
<tr><td>分管办案机构负责人</td><td colspan="5">分管办案机构负责人:
年　月　日</td></tr>
</table>

汕尾市医疗保障局

立案通知书

_____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》第三十七条的规定，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》第三十二条的规定，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。

汕尾市医疗保障局

（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，_____。）

汕尾市医疗保障局

现场检查通知书

汕医保_____检通字〔20　〕第 号

_____:

根据《医疗保障基金使用监督管理条例》第二十七条第一项规定，兹指派下列人员于____年____月____日，对你（单位）医疗保障基金使用情况进行监督检查，请予积极配合，做好以下资料准备，并提供必要的工作条件

1. _____ ；

2. _____;

3. _____。

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。

检查人员及其执法证号：_____

检查人员及其执法证号：_____

检查人员及其执法证号：_____

联系人：_____联系电话：_____

特此通知。

汕尾市医疗保障局

年　　月　　日

被检查人（签字或盖章）：_____ _____年____月____日

联系人：_____　　联系电话：_____

（本文书一式两份，一份送达被检查人，一份随卷归档。）

汕尾市医疗保障局

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）：我们是汕尾市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。

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

汕尾市医疗保障局

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

汕尾市医疗保障局

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

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

汕尾市医疗保障局

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。			

案件处理审批表（一）

<table>
<tr><td colspan="2">案由</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">当事人</td><td>个人</td><td>姓名</td><td></td><td>身份证号码</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">单位</td><td>名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>法定代表人（负责人）</td><td></td><td>统一社会信用代码</td><td></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td colspan="2"></td><td>电话</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">申请事项及理由</td><td colspan="4">申请事项：☐撤销立案 ☐先行登记保存证据 ☐先行登记保存证据处理 ☐封存资料 ☐延长封存期限 ☐解除封存资料 ☐案件调查终结报告 ☐行政处罚告知 ☐中止案件调查 ☐暂缓或分期缴纳罚款 ☐法制审核期限延长 ☐强制执行前催告 ☐其他：_____。
理由：_____。
办案人员签名：
年 月 日</td></tr>
<tr><td colspan="2">办案机构负责人意见</td><td colspan="4">办案机构负责人签名：
年 月 日</td></tr>
<tr><td colspan="2">分管办案机构负责人意见</td><td colspan="4">分管办案机构负责人签名：
年 月 日</td></tr>
</table>

案件处理审批表（二）

<table>
<tr><td colspan="2">案由</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">当事人</td><td>个人</td><td>姓名</td><td></td><td>身份证号码</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">单位</td><td>名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>法定代表人（负责人）</td><td></td><td>统一社会信用代码</td><td></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td colspan="2"></td><td>电话</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">申请事项及理由</td><td colspan="4">申请事项： □行政处罚决定 □不予行政处罚决定 □移送其他行政机关或医疗保障经办机构处理 □涉嫌犯罪移送司法机关 □办案期限延长 □终止案件调查 □其他：_____。
理由：_____。
办案人员签名：
年 月 日</td></tr>
<tr><td colspan="2">办案机构负责人意见</td><td colspan="4">办案机构负责人签名：
年 月 日</td></tr>
<tr><td colspan="2">分管办案机构负责人意见</td><td colspan="4">分管办案机构负责人签名：
年 月 日</td></tr>
<tr><td colspan="2">医疗保障行政部门主要负责人意见</td><td colspan="4">医疗保障行政部门主要负责人签名：
年 月 日</td></tr>
</table>

汕尾市医疗保障局

询问通知书

_____:

为调查了解_____事项，根据《中华人民共和国行政处罚法》第五十五条的规定，现通知有关事项如下:

1、指派有关人员于____年__月___日___时___分到_____接受调查。

2、请携带以下材料: （1）_____ ；（2）_____;（3）_____。

接受调查的人员系单位委托的，应当附有《授权委托书》及法定代表人或负责人、受托人身份证复印件，敬请你（单位）配合，便于本局（所）查清事实。

联系人: _____ 联系电话: _____

汕尾市医疗保障局

年 月 日

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:　　年　月　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)

汕尾市医疗保障局

协助调查函

汕医保___协字〔20　〕第　号

_____:

我局在处理_____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十五日内将有关调查情况回复（加盖公章）及有关证据材料函告我局。若贵单位无法协助或需延期完成，请在期限届满前函告我局。望支持为盼!

联系人：_____

联系电话：_____

汕尾市医疗保障局

年　月　日

（本文书一式两份，一份送达协助调查机关，一份随卷归档。）

汕尾市医疗保障局

证据提取单

<table>
<tr><td>证据名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>取证时间</td><td></td><td rowspan="5">提供人说明:

签名:</td></tr>
<tr><td>取证地点</td><td></td></tr>
<tr><td>取证人</td><td></td></tr>
<tr><td>提供人</td><td></td></tr>
<tr><td>提取方法</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">（照片等证据放置处）</td></tr>
<tr><td colspan="3">告知：1：如果属于当事人或者知情人（组织）提供的，提供人签字后表示已经确认本证据单上的证据材料是其提供的，保证所提供的证据材料以及所证明的事实是真实的，并承担相应的法律责任。
2：本件非原件的，本件上应由原件持有人签字（盖章）确认与原件无误。</td></tr>
</table>

汕尾市医疗保障局

中止调查决定书

_____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。

汕尾市医疗保障局

（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。）

汕尾市医疗保障局

恢复调查通知书

_____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。

汕尾市医疗保障局

（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。）

汕尾市医疗保障局

先行登记保存通知书

汕医保_____登通字〔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）：_____

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，我局决定对你（单位）有关证据（详见《先行登记保存证据清单》）予以先行登记保存。先行登记保存证据自_____年___月___日至_____年___月___日，由_____负责保管，存放于_____。

在保存期间，未经我局批准，当事人或者有关人员不得销毁或者转移上述登记保存的证据。

附件：先行登记保存证据清单

汕尾市医疗保障局

年　　月　　日

（本文书一式两份，一份交当事人，一份随卷归档）

汕尾市医疗保障局

先行登记保存证据清单

汕医保_____登证字〔20　〕第　　号

序号	证据名称	证据类别	规格（型号）/单位	数量

执法人员（签字）：_____　　年　月　日

当事人（签字或盖章）：_____　　年　月　日

（本清单一式两份，一份交当事人，一份随卷归档）

汕尾市医疗保障局

先行登记保存证据处理决定书

汕医保___登处字〔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）：_____

法定代表人（负责人）：_____

我局于_____年____月_____日向你（单位）送达《先行登记保存通知书》（汕医保_____登通字〔20　〕第　　号），对《先行登记保存证据清单》（汕医保_____登证字〔20　〕第　　号）所列证据进行先行登记保存，现在存放于_____。

现因_____，决定根据《行政处罚法》第五十六的规定对《先行登记保存通知书》载明的证据（详见《先行登记保存证据清单》，汕医保_____登证字〔20　〕第　　号）作如下处理:

□复制证据

□对证据进行拍照

□对证据进行录像

□解除先行登记保存

□其他_____。如你（单位）不服本决定，可以在收到本决定书之日起60日内向汕尾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个月内直接向汕尾市人民法院提起行政诉讼。

汕尾市医疗保障局

年　月　日

汕尾市医疗保障局

封存决定书

汕医保___封字〔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。我局认为，你（单位）涉嫌违反_____的规定，根据的规定，现决定对你（单位）的有关资料予以封存（详见《封存资料清单》，汕医保封资字〔20　〕第　　号）。封存期限为自____年___月___日至____年___月___日。封存资料由_____负责保管，存放于_____，联系电话_____。

在封存期限内，你（单位）不得非法借阅、篡改、擅自转移及处置、损毁、隐匿封存资料清单所列资料。

如不服本决定，可以在收到本决定书之日起60日内向汕尾市X人民政府申请行政复议；也可以在收到本决定书之日起6个月内向汕尾市X人民法院提起行政诉讼。申请行政复议或者提起行政诉讼，不停止本决定的执行。

附：封存资料清单

汕尾市医疗保障局

年　　月　　日

（本文书一式两份。一份交当事人，一份随卷归档。）

汕尾市医疗保障局

封存资料清单

汕医保_____封资字〔20　〕第　　号

序号	资料名称	资料类别	规格（型号）/单位	数量

执法人员（签字）：_____　　年　月　日

当事人（签字或盖章）：_____　　年　月　日

（本清单一式两份，一份交当事人，一份随卷归档）

汕尾市医疗保障局

延长封存期限决定书

汕医保___延封字〔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，我局于_____年___月___日向你（单位）送达《封存决定书》（汕医保___封字〔20　〕第　号），对《封存资料清单》（汕医保___封资字〔20　〕第　号）所列资料进行封存，存放于_____。

因情况复杂，根据《社会保险法》第七十九条以及《医疗保障行政处罚程序暂行规定》第三十一条规定，我局依法决定延长封存期限，延长期限自_____年___月___日起至_____年___月___日止。

如不服本决定，可以在收到本决定书之日起60日内向汕尾市X人民政府申请行政复议；也可以在收到本决定书之日起6个月内向汕尾市X人民法院提起行政诉讼。申请行政复议或者提起行政诉讼，不停止本决定的执行。

汕尾市医疗保障局

年　月　日

（本文书一式两份，一份交当事人，一份随卷归档。）

汕尾市医疗保障局

解除封存决定书

汕医保___解封字〔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）：_____

我局于_____年____月_____日向你（单位）送达《封存决定书》（汕医保___封字〔20　〕第　　号）（以及于_____年___月___日，向你（单位）送达《延长封存期限决定书》（文号_____）），对_____

_____等资料进行封存，存放于_____。

现因下列原因之一：□当事人没有违法行为 □封存的资料与违法行为无关 □对违法行为已经作出处理决定 □封存期限已经届满。根据《社会保险法》第七十九条以及《医疗保障行政处罚程序暂行规定》第三十三条规定，我局决定，自_____年___月日起，对《封存资料清单》（汕医保_____封资字〔20　第　　号）所列资料予以解除封存措施。

汕尾市医疗保障局

年　　月　　日

（本文书一式两份，一份交当事人，一份随卷归档。）

案件调查报告

承办单位: _____

一、被调查对象基本情况:

法人: 名称、组织机构代码证号、住所/地址、法人代表（负责人）的基本情况、联系电话等。

（自然人: 姓名、性别、年龄、民族、文化程度、身份证号码、家庭住址、联系电话、工作单位）。

二、案件调查经过

案件来源:

骗取医保基金案件线索来源（包括举报人相关信息等），初步查证的事实与证据等。

违法事实与证据:

被调查对象违法事实的具体行为，违法违规证据证明等。

办案程序和结果:

行政立案审批、调查取证、执法文书送达、行政处罚处理等执法相关情况。

被调查对象意见:

被调查人是否承认查证核实的违法行为以及态度、整改等情况。

案件处理建议：先对案件事实进行归纳，然后根据引用有关法律法规的条、款、项、目，进行准确的定性，提出移送处理建议。 承办人员：（签字） 年　　月　　日
单位意见： （签字、盖章） 年　　月　　日

附：1.来访来信举报材料；2.涉案物品清单；3.其他证据材料（病史、检验报告或鉴定意见、现场照片、询问笔录、检查笔录、电子数据、视听资料、认定意见、责令整改通知书等）。

法制审核申请表

案件名称			
案件编号		立案时间	
提交法制审核理由	（一）责令追回医保基金或者罚款数额较大的; （二）责令解除医保服务协议等直接关系到当事人或第三人重大权益，经过听证程序的; （三）案件情况疑难复杂、涉及多个法律关系的; （四）涉及重大公共利益的; （五）法律、法规规定的其他需要审核的重大行政执法情形。		
办案人员意见			
办案机构负责人意见			
分管领导意见			
法制审核机构意见			

行政处罚案件交接登记表

序号	案由	案号	送卷日期	办案机构	送卷人	接卷人	备注
			年　月　日				
			年　月　日				

汕尾市医疗保障局案件审核表

案件名称			
办案机构			
送审时间	年　月　日	退卷时间	年　月　日
审核意见和建议	审核人: 年　月　日		
审核机构负责人意见	审核机构负责人: 年　月　日		
备注			

汕尾市医疗保障局行政处罚案件
集体讨论申请表

<table>
<tr><td>案件名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>案件编号</td><td></td><td>立案时间</td><td></td></tr>
<tr><td>是否通过法制审核</td><td></td><td>法制审核时间</td><td></td></tr>
<tr><td>申请人</td><td></td><td>申请时间</td><td></td></tr>
<tr><td>提交案
审理由</td><td colspan="3">☐（一）涉及重大安全问题或者有重大社会影响的;
☐（二）直接关系当事人或者第三人重大权益，拟对自然人处以五千元以上、对法人或者其他组织处以十万元以上罚款或者没收相当于该数额违法所得、非法财物的行政处罚，经过听证程序的;
☐（三）案件情况疑难复杂、涉及多个法律关系的，包括:
☐1. 案件情况疑难复杂的;
☐2. 涉及两个以上法律关系的;
☐3. 经行政复议责令或行政诉讼判决重新作出行政处罚的;
☐4. 拟给予责令停产停业、责令关闭、限制从业、降低资质等级、吊销许可证件或者营业执照的行政处罚的;
☐（四）法律、法规、规章规定应当由医疗保障部门负责人集体讨论作出行政处罚决定的。</td></tr>
<tr><td>案件承办
机构意见</td><td>签名:
时间:　　年　　月　　日</td><td>案件承办机构分管负责人意见</td><td>签名:
时间:　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>主要负责
人意见</td><td colspan="3">经研究，定于　　年　月　日（上午、下午）召开案件集体讨论会议，集体讨论决定案件行政处罚。列席人员:

签名:

时间:　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

汕尾市医疗保障局

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:	

汕尾市医疗保障局

法制审核意见表

案件名称		
送审机构		
送审日期	年　　月　　日	
审核内容		具体意见（填“是”或“否”，“否”需说明理由）
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		
违法事实定性是否准确		
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		
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		
审核人员意见: 法制审核人员签名: 年　月　日		
负责人意见: 法制机构负责人签名: 年　月　日		

汕尾市医疗保障局
行政处罚告知书

汕医保__罚告字〔20　〕第　号

_____:

_____年___月___日，我局对你（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）。

我局认为，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）_____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，我局责令你（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》第四十四条、第四十五条的规定，你（单位）有权进行陈述和申辩，可以在收到本告知书之日起5个工作日内向我局提出陈述申辩意见。逾期未提出陈述申辩意见的，视为放弃此权利。

□根据《行政处罚法》第六十三条第____项、第六十四条第一项的规定，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个工作日内向我局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，我局将依法作出行政处罚决定。

联系人：_____联系电话：_____

联系地址：_____

汕尾市医疗保障局

年　　月　　日

（本文书一式两份，一份归档，一份送达当事人

汕尾市医疗保障局

听证通知书

_____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》第四十二条的规定，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:　_____

汕尾市医疗保障局

（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。）

汕尾市医疗保障局

听证公告

_____医保听公字〔20　〕第　号

根据《广东省行政处罚听证程序实施办法》第二条以及___（听证申请人）于____年___月____日提交的听证申请，本机关决定于____年___月____日____时，在（听证地点）_____公开举行_____（案由）_____一案的听证，本案利害关系人或其他有关人员有意参加本次听证会的，请携带身份证明文件于年___月____日至_____年___月____日与本机关联系人联系：

联系人：_____　联系电话：_____

根据本机关听证场地情况，确定此次听证会参加人数不超过_____人。按照受理申请的时间先后确定参加人员，逾期申请或申请时已达规定人数的，不予受理。

特此公告。

汕尾市医疗保障局

（公章）

年　月　日

（本文书一式三份，一份公开发布，一份本机关留存，一份随卷存档）

汕尾市医疗保障局

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

汕尾市医疗保障局

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

汕尾市医疗保障局

专家评审委托书

汕医保_____检评字〔20　〕第　号

_____（所属单位、职务）：

本局现委托你对下列医疗文书、医疗证明等进行专家评审。

1. _____

2. _____

3. _____

委托评审的事项：_____

请你于　　年　　月　　日前向本局提交对有关事项的专家评审意见（签名并加盖所在单位印章）原件2份、所在单位主体资质证明（盖章）以及身份证复印件（注明工作单位及职务并签名确认、落款日期）1份。专家评审意见应载明以下内容：本局向你提供的相关材料、评审依据或标准、评审结论。

联系人及电话：_____

联系地址：_____

附件：（相关材料）

汕尾市医疗保障局

年　　月　　日

汕尾市医疗保障局

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：_____

办案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

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

汕尾市医疗保障局

行政处罚决定书

汕医保___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：_____

法定代表人（主要负责人）：_____

我局对你（单位）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：_____

_____

_____

一般、从轻、减轻、从重处罚的理由：_____

_____

你（单位）上述行为违反了_____的相关规定，现依据_____

_____的规定，作出如下决定：

□责令立即改正或于　年　月　日前改正违法行为，并将整改情况报送我局。

□责令退回基金：_____元人民币。

□没收违法所得：_____元人民币。

□罚款：_____元人民币。

□责令暂停_____涉及医疗保障基金使用的医药服务：_____个月。

□暂停_____医疗费用联网结算：_____个月。

□禁止_____5 年内从事定点医疗机构/定点零售药店管理活动。

当事人应于收到本决定书之日起十五日内按照行政处罚缴款通知书指引缴纳罚款；退回的基金退回至以下账户：_____。

逾期不缴纳罚款的，依据《行政处罚法》第五十一条第一项的规定，将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汕尾市人民政府申请复议，也可以于六个月内依法向汕尾市顺德区人民法院提起行政诉讼。申请复议或提起诉讼期间，不停止执行行政处罚决定。

汕尾市医疗保障局

年　　月　　日

（本文书一式两份，一份送达当事人，一份随卷归档。）

汕尾市医疗保障局

不予行政处罚决定书

汕医保__不罚字〔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：_____

法定代表人（负责人）：_____

我局对你（单位）进行了调查，发现你（单位）实施了如下行为：_____

_____

以上事实，主要证据如下：_____

_____

当事人的上述行为未违反法律、法规、规章的规定/存在_____等不予行政处罚情形/在两年未被发现（涉及公民生命健康安全且有危害后果，五年内未被发现），依据_____的规定，作出如下决定。

□确有违法行为，但有依法不予行政处罚情形，不予行政处罚

□违法事实不成立，不予行政处罚

□违法行为在两年内未被发现，或涉及公民生命健康安全且有危害后果的，五年内未被发现，不予行政处罚。

如对本决定不服，可以于收到本决定书之日起六十日内向汕尾市人民政府申请复议，也可以于六个月内依法向汕尾市人民法院提起行政诉讼。

汕尾市医疗保障局

年　　月　　日

（本文书一式两份，一份送达当事人，一份随卷归档。）

汕尾市医疗保障局

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》（汕医保____处字〔20 〕第 号），对本人（单位）作出了罚款_____

_____（小写）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

汕尾市医疗保障局

同意分期（延期）缴纳罚款通知书

汕医保___缴准字〔20　〕第　　号

_____:

我局于_____年___月___日向你(单位)作出《行政处罚决定书》（汕医保__处字〔20　〕第　　号），对你（单位）罚款_____元（小写）。你（单位）于_____年月___日申请延期/分期 缴纳罚款。现根据《行政处罚法》第六十六条的规定，同意你（单位）：

□延期缴纳罚款。延长期限至_____年___月___日止。

□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）。

代收机构以本通知书为据，办理收款手续。

逾期未缴纳罚款的，我局依据《行政处罚法》第七十二条第（一）项的规定，可每日按照罚款数额的3%加处罚款。加处的罚款由代收机构直接收缴。

汕尾市医疗保障局

年　　月　　日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份送达罚款收缴机构，一份随卷归档。）

汕尾市医疗保障局

不予分期（延期）缴纳罚款通知书

_____医保缴不予字〔20　〕第　　号

_____:

本机关于_____年___月___日向你(单位)作出《行政处理决定书》（_____医保处字〔20　〕第　　号），对你（单位）罚款_____元（大写）。你（单位）于_____年___月___日申请延期/分期缴纳罚款。

由于_____，因此，本机关认为你（单位）的申请不符合《行政处罚法》第五十二条的规定，不同意你（单位）延期/分期缴纳罚款的申请。

逾期未缴纳罚款的，本机关依据《行政处罚法》第五十一条第（一）项的规定，可每日按照罚款数额的3%加处罚款。加处的罚款由代收机构直接收缴。

汕尾市医疗保障局（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。）

汕尾市医疗保障局

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，一份抄送同级人民检察院备案。）

汕尾市医疗保障局

送达地址确认书

汕医保____送确字〔20　〕第　号

<table>
<tr><td>案由</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>受送达人填写送达地址确认书的告知事项</td><td colspan="4">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。</td></tr>
<tr><td rowspan="6">受送达人</td><td colspan="2">姓名（名称）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">送达地址</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">电子送达</td><td rowspan="2">□同意</td><td colspan="2">手机号码（接收短信提醒）:</td></tr>
<tr><td colspan="2">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:</td></tr>
<tr><td colspan="3">□不同意</td></tr>
<tr><td>受送达人对自己送达地址的确认</td><td colspan="4">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</td></tr>
<tr><td>执法人员签名</td><td colspan="4">年　月　日</td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

汕尾市医疗保障局

送达回证

送达文书名称	
送达文书文号	
受送达人	（受送达人为单位的，填写单位名称）
送达地点	（地点应写具体位置，不能写单位名称）
送达方式	直接送达
收件人签名或盖章	（与受送达人的关系：　　） 年　月　日
见证人签名	年　月　日
送达人签名	年　月　日
备注	

汕尾市医疗保障局

督促履行义务催告书

汕医保____催字〔20　〕第 号

_____:

我局已于____年___月___日向你(单位)作出《行政处罚决定书》（汕医保__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。我局根据《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:

1.《行政处罚决定书》（汕医保__处字〔20　〕第　　号）确定的义务;

2. 加处罚款: _____人民币。

你（单位）有权对上述要求履行的情况进行陈述、申辩。

无正当理由逾期不履行上述义务的，我局将依法申请人民法院强制执行。

联系人: _____

联系电话: _____

汕尾市医疗保障局

年　　月　　日

（本文书一式两份，一份送达当事人，一份随卷归档。）

汕尾市医疗保障局

行政处罚强制执行申请书

_____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《行政处理决定书》（_____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:

汕尾市医疗保障局（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。）

汕尾市医疗保障局

案件移送函

汕医保__移字〔20　〕第　　号

_____:

_____一案/违法线索，在调查中发现_____，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我局。

附件：证据材料

1. _____

2. _____

3. _____

联系人：_____

联系电话：_____

汕尾市医疗保障局

年　月　日

（本文书一式两份，一份送达受移送机关，一份随卷归档。）

汕尾市医疗保障局

涉嫌犯罪案件移送书

汕医保案移字〔　〕　号

_____公安局:

_____一案，经查，_____的行为已涉嫌触犯《中华人民共和国刑法》_____的规定。根据《中华人民共和国社会保险法》和国务院《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》，现将有关材料移送你局，请审查决定是否予以立案侦查，并将审查结果书面告知我局。

联系人: _____联系电话: _____

附件: 1.涉嫌骗取医保基金犯罪案件情况的调查报告

2.涉案的有关书证、物证

3.有关检验报告或者鉴定结论

4.其他有关涉嫌犯罪的材料

案卷___册___页

（医疗保障行政部门印章）

年　　月　日

汕尾市医疗保障局

涉嫌犯罪案件移送书
（回执）

_____医疗保障局:

今收到你单位移送的《涉嫌犯罪案件移送书》（汕医保案移字〔　〕__号）_____案件。

案卷___册___页。

有关文书和证据:

（公安机关印章）

年　月　日

汕尾市医疗保障局

行政检查案卷

编号

项目名称:

检查部门:

检查时间:

被检查人:

保管期限:

汕尾市医疗保障局

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	（描述违法事实、处理依据、处理结果、违法行为整改跟踪情况、复议诉讼及申请人民法院强制执行情况等）			
结案方式	□主动履行 □申请人民法院强制执行 □其他：_____			
结案结果	□行政处罚决定执行完毕 □人民法院受理强制执行行政处罚决定的申请 □案件终止调查 □不予行政处罚 □移送其他行政机关、经办机构 □涉嫌犯罪移送司法机关 □其他：_____			
办案人员意见	签名： 年 月 日			
办案机构负责人意见	签名： 年 月 日			
分管办案机构负责人意见	签名： 年 月 日			

汕尾市医疗保障局

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		
立 案 号			
立 卷 人		本卷页数	共____页
归档日期	年 月 日	保管期限	

汕尾市医疗保障局

卷内文件目录

序号	文号	文件名称	页数	备注
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				