

附件 1

执法“观察期”启动审批表

案件编号:

主体类型	☐ 定点医药机构 ☐ 参保人员 ☐ 医疗保障经办机构 ☐ 其他_____				
当事人信息	个人	姓名		身份证号码	
	单位	名称		法定代表人	
		统一社会信用代码			
	住址/住所			联系电话	
违法时间	年 月 日至 年 月 日				
违法事实					
具体行为	(如 “某医院分解住院次数，涉及基金金额 1500 元”)				
证据材料	☐ 现场检查记录 ☐ 基金支付数据 ☐ 当事人陈述 ☐ 其他_____				

适用情形	☐ 初次违法且危害后果轻微（损失金额：_____元） ☐ 及时改正且消除危害后果（整改情况：_____） ☐ 其他法定情形：_____
承办人意见	☐建议启动“观察期”，观察期限：_____日（一般 7-30 日，特殊可延长至 60 日） ☐不建议启动“观察期”，理由：_____ 承办人意见签名：_____年 月 日
执法部门负责人审批	☐同意 ☐不同意 执法部门负责人签名：_____年 月 日