

三门峡市陕州区医疗保障局
行政检查文书范本

三门峡市陕州区医疗保障局案件来源登记表

登记时间		年 月 日 时 分			
来源分类		☐ 监督检查 ☐ 投诉举报 ☐ 上级机关交办 ☐ 舆情分析 ☐ 司法机关或其他行政机关移送 ☐ 其他_____			
案源提供者	检查人员	姓 名		所属单位	
		姓 名		所属单位	
	投诉举报	相关信息见《投诉举报记录》			
	移送交办单位	名 称		联系人	
		联系电话		联系地址	
	其他情况				
案源登记内容		登记人签名： 年 月 日			
案源处理意见		负责人签名： 年 月 日			
备注					

注：可根据不同案件来源后附相关材料清单。

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局投诉举报记录

接到投诉 举报时间	年 月 日 时 分					
投诉举报 方式	☐ 来信 ☐ 来电 ☐ 来访 ☐ 其他_____					
投 诉 举 报 人	姓 名			身 份 证 号		
	联 系 电 话			住 址		
投 诉 举 报 内 容	接报人签名： _____ 年 月 日					
备 注						

注：对于投诉举报人信息，应当保密。若是来访现场举报的，举报人可以在备注栏签名。

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局举报奖励审批表

编号：

举报人姓名		性 别		出生年月	
工作单位				职 务	
身份证号				邮 箱	
通讯地址				联系电话	
开户银行					
账 号					
举报概况					
调查核实情况					
涉案金额			奖励比例		
拟奖励金额	大写：				
承办人意见	承办人：签名 年 月 日				
承办机构 审核意见	负责人：签名 年 月 日				
行政机关 负责人审批 意见	负责人：签名 年 月 日				

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局违法违规 使用医疗保障基金举报奖励通知书

三陕医保举奖通字〔20××〕第××号

_____男（女）士：

根据《中华人民共和国社会保险法》《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》和《河南省违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法实施细则》等规定，决定对你所举报的案件（案件编号_____）予以奖励，奖金_____元（大写：_____）。

请在接到本通知书后20个工作日内，提供有效身份证明、银行帐户信息等。如果委托他人办理，受委托人同时持举报人授权委托书、举报人和受委托人的有效身份证明。

逾期未办理确认手续的，视为自动放弃。

联 系 人：

联系电话：

通信地址：

邮 编：

行政机关（印章）

年 月 日

文书格式范本

举报奖励支付单

编号:

基本情况
审批单编号：
附：审批单
身份证明
其他
举报奖励签收单
今领取举报奖金 元（大写 ）。
领取人（签字、盖章或手印）：
年 月 日
（银行转帐单粘贴处）

审核:

经办人：

年 月 日

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
行政处罚案件立案审批表

案件名称				
当事人	单位名称		法定代表人 (负责人)	
	统一社会信用代码			
	地 址		电 话	
	个人姓名		工作单位	
	证件类型		证件号码	
	住 址		电 话	
案件来源	☐ 检查 ☐ 投诉 ☐ 举报 ☐ 移送 ☐ 曝光 ☐ 交办 ☐ 其他			
简要案情				
立案依据				
承办人 意 见	承办人：签名 年 月 日			
承办机构 审核意见	负责人：签名 年 月 日			
行政机关 负 责 人 审批意见	负责人：签名 年 月 日			

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 立案通知书

三陕医保立通字〔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》第五十五条的规定，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》第四十五条的规定，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。

行政机关（公章）

年 月 日

文书格式范本

送 达 回 证

送达文书名称、文号	
受送达人	
送达地点	
受送达人（签名或盖章）	
代收人（签名）	
代收人与受送达人关系	
送达日期	年 月 日
送达方式	
拒收原因	
见证人（签名）	年 月 日
送达人（签名）	年 月 日
备 注	

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
送达地址及方式确认书

三陕医保送确字〔20××〕第×号

案件名称				
当事人	单位名称		法定代表人 (负责人)	
	统一社会信用代码			
	地 址		电 话	
	个人姓名		工作单位	
	证件类型		证件号码	
	住 址		电 话	
行政机关	联 系 人		电 话	
	地 址			
告知事项	1. 为便于当事人及时收到相关文书，当事人应当如实提供确切的送达地址。 2. 确认的送达地址适用于行政处罚全过程。如果送达地址有变更，当事人应当及时书面告知变更后的送达地址。 3. 如果提供的地址不确切，或者不及时告知变更后的地址，使文书无法送达或者未及时送达，当事人将自行承担由此可能产生的后果。 4. 接受电子送达方式的，以发送方设备显示发送成功视为送达。但当事人证明到达其特定系统的日期与发送方对应系统显示发送成功的日期不一致的，以当事人证明到达其特定系统的日期为准。			
送达地址 及 方 式	签 收 人		手机号码	
	证件类型		证件号码	
	确认送达地址		邮 编	
	是否接受 电子送达	☐ 手机号码： ☐ 是 ☐ 传真号码： ☐ 电子邮箱：		☐ 否
当事人 确 认	我已阅读(听明白)本确认书的告知事项，提供了上栏送达地址，确认了上栏送达方式，并保证所提供的各项内容是正确的、有效的。如在案件办理过程中发生变化，将及时书面告知你单位。 当事人:签名或盖章 年 月 日			

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
行政处罚案件不予立案审批表

案件名称				
当事人	单位名称		法定代表人 (负责人)	
	统一社会信用代码			
	地 址		电 话	
	个人姓名		工作单位	
	证件类型		证件号码	
	住 址		电 话	
案件来源	☐ 检查 ☐ 投诉 ☐ 举报 ☐ 移送 ☐ 曝光 ☐ 交办 ☐ 其他			
简要案情				
不予立案依据				
承办人 意 见	承办人：签名 年 月 日			
承办机构 审核意见	负责人：签名 年 月 日			
行政机关 负 责 人 审批意见	负责人：签名 年 月 日			

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 不予立案告知书

三陕医保不立告字〔20××〕第××号

_____:

☐ 经查,你机关于_____年_____月_____日向本机关交办/移送的_____一案/案件线索不符合立案条件,具体情形如下:

☐ 经查,你于_____年_____月_____日向本机关投诉/举报的_____一案/案件线索不符合立案条件,具体情形如下:

- ☐ 不属于本机关的管辖范围;
- ☐ 超过行政处罚追诉时效;
- ☐ 案件线索涉及的行为不构成违法;
- ☐ 移送案件已经处理过的;
- ☐ 其他_____。

依据_____规定,本机关决定,不予立案。

特此告知。

行政机关(公章)

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
案件/问题线索移送审批表

案件名称				
案件类型	☐ 一般违法案件 ☐ 涉嫌犯罪案件		案件来源	
当 事 人	单位名称		法定代表人 (负责人)	
	统一社会信用代码			
	地 址		电 话	
	个人姓名		工作单位	
	证件类型		证件号码	
	住 址		电 话	
受移送机关				
简要案情 及处理情况				
移送法律 依 据				
承办人 意 见	承办人： 签名 年 月 日			
承办机构 审核意见	负责人： 签名 年 月 日			
行政机关 负 责 人 审批意见	负责人： 签名 年 月 日			

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 涉嫌犯罪案件/问题线索移送书

三陕医保移字〔20××〕第××号

_____公安局：

_____一案/问题
线索，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

1. 有关检验报告或者鉴定结论

2. 其他有关涉嫌犯罪的材料

案卷_____册_____页

（行政机关印章）

年 月 日

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、责令改正通知书等）。

涉嫌犯罪案件/问题线索移送书

(回执)

_____医疗保障局:

今收到你单位移送的《涉嫌犯罪案件/问题线索移送书》
(_____医保移字〔20××〕第××号)_____案件/
问题线索。

案卷____册____页。

有关文书和证据:

(公安机关印章)

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 案件/问题线索移送函

三陕医保移字〔20××〕第××号

_____:

本机关于____年__月__日对_____案由____立案调查/监督检查,在调查/检查中发现:_____ (移送理由)_____。

根据____ (法律依据名称及条、款、项具体内容) 的规定,现将该案/问题线索件移送你单位处理,请贵单位将案件/问题线索办理结果及时函告本机关。

附:

1. 案件/问题线索有关材料_____件:

(1)

(2)

2. 移送案件/问题线索涉案物品清单

行政机关印章

年 月 日

移送案件/问题线索涉案物品清单

单位（印章）：

名 称	数 量	品 级	规 格	型 号	形 态	备 注

接收人：_____

年 月 日

移送人：_____

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
交办事项呈批签

交办事项反映的主要内容				
当 事 人	单位名称		法定代表人 (负责人)	
	统一社会信用代码			
	地 址		电 话	
	个人姓名		工作单位	
	证件类型		证件号码	
	住 址		电 话	
承办人意见	承办人： 年 月 日			
承办机构 负责人审核 意见	负责人： 年 月 日			
行政机关 负责人 审批意见	负责人： 年 月 日			

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 交办事项通知单

三陕医保交办字〔20××〕第××号

_____:

现转去_____事项/件/起, 请
按有关规定予以调查处理, 并于_____年____月____日前将
办理结果报_____。

附:

1. 《(行政机关名称)行政处罚决定书》
- 2.
- 3.
- 4.

联系人:

电话:

行政机关印章

年 月 日

三门峡市陕州区医疗保障局 现场检查（勘验）笔录

检查（勘验）时间：____年__月__日__时__分至____年__月__日__时__分

检查（勘验）地点：_____

行政执法人员：_____执法证号：_____

行政执法人员：_____执法证号：_____

记录人：_____

一、被检查（勘验）人（单位）基本情况

☐被检查（勘验）单位名称：_____

法定代表人（负责人）：_____统一社会信用代码：_____

地址：_____电话：_____

☐被检查（勘验）人姓名：_____工作单位：_____

证件类型：_____证件号码：_____

住址：_____电话：_____

二、见证人基本情况

见证人姓名：_____工作单位：_____

证件类型：_____证件号码：_____

住址：_____电话：_____

三、告知事项

问：我们是_____的执法人员_____、_____，
执法证号分别是_____、_____，这是我们的执法证
件，请你确认。请配合开展检查（勘验），并如实回答所问问题。如
认为执法人员与案件有直接利害关系或者有其他关系可能影响公正
执法的，可以申请回避，你是否申请回避？

答：☐申请回避 理由：_____

☐不申请回避

四、现场检查（勘验）情况

检查（勘验）记录：_____

被检查（勘验）人（单位现场负责人）应当逐页签名确认

（以下是笔录尾页）

被检查（勘验）人（单位现场负责人）阅核后签注“笔录上述内容，
记录属实”。（拒绝签注的，注明拒签事由）

被检查（勘验）人（单位）： 签名或盖章 年 月 日

行政执法人员： 签名 年 月 日

见证人： 签名 年 月 日

记录人： 签名 年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 询问笔录

第 () 次

询问时间：_____年____月____日____时____分至_____年____月____日____时____分

询问地点: _____

行政执法人员：_____ 执法证号：_____

行政执法人员: _____ 执法证号: _____

记录人: _____

一、被询问人基本情况

被询问人姓名: _____ 工作单位: _____

证件类型: _____ 证件号码: _____

住址: _____ 电话: _____

与本案关系：☐当事人 ☐法定代表人 ☐现场负责人

☐受委托人 ☐监护人 ☐其他

二、告知事项

问：我们是_____的执法人员_____、_____，执法证号分别是_____、_____，这是我们的执法证件，请你确认。现依法向你询问，请如实回答所问问题。如认为执法人员与案件有直接利害关系或者有其他关系可能影响公正执法的，可以申请回避，你是否申请回避？

答: ☐ 申请回避 理由: _____

☐ 不申请回避

三、询问内容

问：_____

答：_____

被询问人应当逐页签名确认

（以下是笔录尾页）

被询问人阅核后签注“笔录上述内容，记录属实”。（拒绝签注的，

注明拒签事由）

被询问人：签名或盖章

年 月 日

行政执法人员：签名

年 月 日

记录人：签名

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
电子数据证据提取笔录

时间：_____年____月____日____时____分至_____年____月____日____时____分

地点：_____

☐被检查单位名称：_____

法定代表人（负责人）：_____统一社会信用代码：_____

地址：_____电话：_____

☐被检查人姓名：_____工作单位：_____

证件类型：_____证件号码：_____

住址：_____电话：_____

提取人：_____

行政执法人员：_____执法证号：_____

行政执法人员：_____执法证号：_____

提取的电子数据原始存储介质名称及状态：_____

提取方法和过程：_____

提取的电子数据内容：_____

电子数据的完整性校验值: _____

第 页 共 页

被检查人（单位现场负责人）应当逐页签名确认 _____

（以下是笔录尾页） _____

被检查人（单位现场负责人）阅核后签注“笔录上述内容，记录属实”。

（拒绝签注的，注明拒签事由） _____

被检查人（单位）： 签名或盖章

年 月 日

提取人： 签名 _____

年 月 日

行政执法人员： 签名 _____

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 责令限期改正通知书

三陕医保限改字〔20××〕第××号

_____:

经调查,你(单位)存在下列违法事实:_____,
违反了_____(法律依据名称及条、款、项具体内容)的规定。根据
_____(法律依据名称及条、款、项具体内容)的规定,现责令你(单位):

☐立即改正违法行为。

☐在____年____月____日前改正违法行为。改正内容和要求如
下:_____。

你(单位)如不服本通知,可以自收到本通知书之日起六十日
内依法向_____申请行政复议,也可以自收到本通知书之
日起六个月内依法向_____人民法院提起行政诉讼。

行政机关联系人:

行政 机 关 电 话:

行政 机 关 地 址:

行政机关印章

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
抽样取证审批表

案件名称				
当事人	单位名称		法定代表人 (负责人)	
	统一社会信用代码			
	地 址		电 话	
	个人姓名		工作单位	
	证件类型		证件号码	
	住 址		电 话	
抽样取证 时 间	年 月 日		抽样取证 地 点	
抽取材料 (物品名称 及数量(可另附 页))				
抽样取证 理由及依据				
承办人意见	承办人： (签名) 年 月 日			
承办机构 意 见	承办机构负责人： (签名) 年 月 日			
行政机关 负责人意见 (可选项)	行政机关负责人： (签名) 年 月 日			

三门峡市陕州区医疗保障局
抽样取证通知书

三陕医保抽通字〔20××〕第××号

（自然人姓名或单位名称）：

你（单位）因_____行为，涉嫌违反了_____（法律依据名称及条、款、项具体内容）的规定。根据《中华人民共和国行政处罚法》第五十六条的规定，本机关决定对你（单位）的下列物品（见抽样取证物品清单）进行抽样取证。

附：抽样取证物品清单

序号	名 称	数 量	品 级	规 格	型 号	形 态
根据抽取物品数量增加行数，也可单独制作抽样取证物品清单						

当事人： 签名或盖章 _____ 年 月 日

行政执法人员： 签名 _____ 执法证号： _____ 年 月 日

行政执法人员： 签名 _____ 执法证号： _____ 年 月 日

行政机关印章

年 月 日

抽样取证物品清单

序号	名 称	数 量	品 级	规 格	型 号	形 态

若清单未填满，应在填入物品的最后一行的下一行注明“以下空白”

当事人： 签名或盖章

年 月 日

行政执法人员: 签名 执法证号: _____

年 月 日

行政执法人员： 签名 执法证号：_____

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
抽样取证物品处理通知书

三陕医保抽处字〔20××〕第××号
(自然人姓名或单位名称):

本机关于_____年_____月_____日对你(单位)作出了《(行政机关名称)抽样取证通知书》(文号),对_____等物品进行了抽样取证。根据调查(检验、检测、鉴定)结果,依据(法律依据名称及条、款、项具体内容)的规定,对被抽样取证的物品作出以下处理(见抽样取证物品处理清单)。

附: 抽样取证物品处理清单

名 称	数 量	品 级	规 格	型 号	形 态	处理方式

当事人: 签名或盖章 _____ 年 月 日

行政执法人员: 签名 _____ 执法证号: _____ 年 月 日

行政执法人员: 签名 _____ 执法证号: _____ 年 月 日

行政机关印章

年 月 日

三门峡市陕州区医疗保障局
先行登记保存证据审批表

案件名称					
当事人	单位名称		法定代表人 (负责人)		
	统一社会信用代码				
	地 址		电 话		
	个人姓名		工作单位		
	证件类型		证件号码		
	住 址		电 话		
拟 先 行 登记保存证 据地点			拟 先 行 登记保存 证据期限	至 年 月 日	
先行登记 保存证据 的理由					
先行登记 保存证据 法律依据					
承办人 意 见	建议先行登记保存证据 承办人：签名 年 月 日				
承办机构 审核意见	负责人：签名 年 月 日				
行政机关 负 责 人 审批意见	负责人：签名 年 月 日				

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
先行登记保存证据通知书

三陕医保登存字〔20××〕第××号
(自然人姓名或单位名称):

你(单位)因_____行为,涉嫌违反了_____(法律依
据名称及条、款、项具体内容)_____的规定。根据《中华人民共和国
行政处罚法》第五十六条的规定,本机关决定对你(单位)的下列
物品(见先行登记保存证据物品清单)予以先行登记保存。先行
登记保存证据物品自_____年____月____日至____年____月____日,
以_____方式,存放于_____。在此期间,当事人或者有
关人员不得销毁或转移证据。

附:先行登记保存证据物品清单

名 称	数 量	品 级	规 格	型 号	形 态

当事人: 签名或盖章 _____ 年 月 日
行政执法人员: 签名 _____ 执法证号: _____ 年 月 日
行政执法人员: 签名 _____ 执法证号: _____ 年 月 日

行政机关印章
年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 先行登记保存证据物品清单

序号	名 称	数 量	品 级	规 格	型 号	形 态

若清单未填满，应在填入物品的最后一行的下一行注明“以下空白”

当事人：签名或盖章 年 月 日

行政执法人员：签名 执法证号：_____ 年 月 日

行政执法人员：签名 执法证号：_____ 年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
先行登记保存证据物品处理
通 知 书

三陕医保登处字〔20××〕第××号
(自然人姓名或单位名称):

本机关于__年__月__日对你(单位)作出了《(行政机关名称)先行登记保存证据通知书》(文号),对____等物品先行登记保存证据。本机关于__年__月__日至__年__月__日,对先行登记保存证据物品以____方式,存放于____。根据(法律依据名称及条、款、项具体内容)的规定,对被先行登记保存证据的物品作出以下处理(见先行登记保存证据物品处理清单)。

附:先行登记保存证据物品处理清单

名 称	数 量	品 级	规 格	型 号	形 态	处理方式

当事人: 签名或盖章 年 月 日

行政执法人员: 签名 执法证号: 年 月 日

行政执法人员: 签名 执法证号: 年 月 日

行政机关印章

年 月 日

三门峡市陕州区医疗保障局
采取封存措施审批表

案件名称					
当事人	单位名称		法定代表人 (负责人)		
	统一社会信用代码				
	地 址		电 话		
	个人姓名		工作单位		
	证件类型		证件号码		
	住 址		电 话		
拟封存地点			拟封存期限	年 月 日 至 年 月 日	
简要案情及 封存的理由					
封存法律 依 据					
承办人 意 见	承办人：签名 年 月 日				
承办机构 审核意见	负责人：签名 年 月 日				
行政机关 负 责 人 审批意见	负责人：签名 年 月 日				

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 封存决定书

三陕医保封存字〔20××〕第××号

(自然人姓名或单位名称):

经查,发现你(单位)实施了_____违法行为。
以上事实有_____等证据为凭。本机关认为,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
场所、设施或物品予以封存(详见《封存清单》)。封存期限为自
_____年_月_日至_____年_____月_____日。封
存物品由_负责保管,存放于_____,联系电话_____。

在封存期限内,你(单位)不得擅自使用、销售、转移、损
毁、隐匿查封(扣押)清单所列场所、设施或物品。

你(单位)可对本决定进行陈述和申辩(或申请听证)。如
不服本决定,可以在收到本决定书之日起 60 日内向_____
_____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_____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:封存物品清单

行政机关印章

年 月 日

封存物品（资料）清单

序号	名 称	数 量	品 级	规 格	型 号	形 态
若清单未填满，应在填入物品的最后一行的下一行注明“以下空白”						

当事人：签名或盖章

年 月 日

行政执法人员：签名 执法证号：_____

年 月 日

行政执法人员：签名 执法证号：_____

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
封存物品清单

当事人姓名或名称: _____

现场负责人姓名: _____ 身份证号: _____

代理人姓名: _____ 身份证号: _____

执法人员及执法证编号: _____、_____

见证人姓名: _____ 身份证号: _____

主文书名称及编号: _____

(解除)封存清单:

编号	名称	规格	数量	型号	备注

上述物品资料品种、数量经核对无误,请确认: _____

当事人(代理人或现场负责人)(签名)_____ 年__月__日

执法人员(签名)_____,_____ 年__月__日

见证人(签名):_____ 年__月__日

(本文书一式四份,一份交当事人,一份随卷归档,一份随封存的物品资料备查,一份由本机关留存。)

三门峡市陕州区医疗保障局
延长封存期限审批表

案件名称					
当事人	单位名称		法定代表人 (负责人)		
	统一社会信用代码				
	地 址		电 话		
	个人姓名		工作单位		
	证件类型		证件号码		
	住 址		电 话		
封存地点			拟延长封存 期 限	至 年 月 日 年 月 日	
简要案情及 原封存决定 书文号					
延长封存 期限法律 依据					
承办人 意 见	承办人：签名 年 月 日				
承办机构 审核意见	负责人：签名 年 月 日				
行政机关 负 责 人 审批意见	负责人：签名 年 月 日				

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 延长封存决定书

三陕医保延封字〔20××〕第××号

（自然人姓名或单位名称）：

因你（单位）涉嫌_____的违法行为，本机关于_____年_____月_____日向你（单位）送达《封存决定书》（文号_____对_____进行封存存放于_____。

现因_____，根据《行政强制法》第二十五条第一款的规定，本机关依法决定延长封存期限，延长期限自_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日止。

你（单位）可对本决定进行陈述和申辩（或申请听证）。如不服本决定，可以在收到本决定书之日起60日内向_____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_____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。

行政机关印章

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 解除封存决定书

三陕医保解封字〔20××〕第××号

（自然人姓名或单位名称）：

本机关于_____年___月___日向你（单位）送达《封存决定书》（文号_____）（以及于_____年___月___日，向你（单位）送达《延长封存决定书》（文号_____）），对_____等物品进行封存，存放_____。

现因_____，根据《行政强制法》第二十八条第一款的规定，本机关决定，自_____年___月___日起，对_____予以解除封存措施。

其中需退还你单位的物品，请你单位于_____年___月___日前凭本决定书及解除封存物品清单到_____取回。逾期不领取的，本机关将依法予以处理。

附：解除封存清单

行政机关印章

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
解除封存物品清单

当事人姓名或名称: _____

现场负责人姓名:____身份证号: _____

代理人姓名:_____身份证号: _____

执法人员姓名:_____执法证编号:_____

执法人员姓名:_____执法证编号:_____

见证人姓名:_____身份证号:_____

主文书名称及编号:_____

解除封存物品清单:

编号	名称	规格	数量	型号	备注

上述物品资料品种、数量经核对无误，

请确认:_____

当事人（代理人或现场负责人）（签名）:_____

_____年____月____日

执法人员（签名）: _____

_____年____月____日

见证人（签名）:_____

_____年____月____日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
行政处罚案件处理事项审批表

案件名称	
审批事项	
提请审批的理由、依据及处理意见	承办人：签名 年 月 日
承办机构意见	负责人：签名 年 月 日
法制机构意见	负责人：签名 年 月 日
行政机关负责人意见	负责人：签名 年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 当场行政处罚决定书

三陕医保当罚字〔20××〕第××号
单位名称：_____统一社会信用代码：_____

地址：_____

个人姓名：_____证件类型：_____证件号码：_____

住址：_____

你（单位）_____（陈述违法事实，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）的行为，违反了_____（法
律依据名称及条、款、项具体内容）的规定。本机关执法人员当
场向你单位告知了违法事实、依据和依法享有的权利，并听取了
你（单位）的陈述申辩/你（单位）未作陈述申辩_____。根据你（单
位）违法行为的事实、性质、情节、社会危害程度和相关证据，
参照_____（行政处罚裁量基准的具体内容），你（单位）的违法行
为属于轻微（一般、严重或者特别严重）。

根据_____（法律依据名称及条、款、项具体内容）的规定，
本机关决定对你（单位）作出以下行政处罚：

1. 警告； 2. 罚款_____（大写）_____元。

缴纳罚款方式：☐当场收缴。☐自收到本决定书之日起 15
日内将罚款缴纳至_____银行（账号：_____）或者

通过电子支付系统缴纳罚款。逾期不缴纳罚款的，每日按罚款数额的3%加处罚款。

如你（单位）不服本行政处罚决定，可以自收到本决定书之日起六十日内依法向_____申请行政复议，也可以自收到本决定书之日起六个月内依法向_____人民法院提起行政诉讼。

当事人：签名 电话：_____ 年 月 日

行政执法人员：签名 执法证号：_____ 年 月 日

行政执法人员：签名 执法证号：_____ 年 月 日

行政机关印章

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
整改复查意见书

三陕医保改复查〔20××〕××号

_____:

本机关于____年____月____日对你(单位)作出了《××医疗保障局责令(限期)改正通知书》(文号), 经对你(单位)整改情况进行复查:

- ☐你(单位)已经按照要求整改完毕。
- ☐你(单位)未按照要求整改, 提出以下意见: _____

行政机关(印章)

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
限期提供材料通知书

三陕医保限提〔20××〕××号

_____:

根据《中华人民共和国行政处罚法》第五十五条第二款和
(法律依据名称及条、款、项具体内容) 的规定,请你(单位)自
收到本通知书之日起_____日内,向本机关提供以下材料:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

逾期不提供或者拒绝提供相关材料的,将依法承担法律责任。

行政机关联系人: _____

行政机关电话: _____

行政机关地址: _____

行政机关(印章)

年 月 日

三门峡市陕州区医疗保障局
抽样取证通知书

三陕医保抽通〔20××〕××号

_____：

你（单位）因_____行为，涉嫌违反了_____（法律依据名称及条、款、项具体内容）的规定。根据《中华人民共和国行政处罚法》第五十六条的规定，本机关决定对你（单位）的下列物品（见抽样取证物品清单）进行抽样取证。

附：抽样取证物品清单

名 称	数 量	品 级	规 格	型 号	形 态

当事人：签名或盖章

行政执法人员：签名 执法证号：_____

行政执法人员：签名 执法证号：_____

年 月 日

年 月 日

年 月 日

行政机关（印章）
年 月 日

鉴定委托书

委托人：_____联系电话：_____

受委托人：_____联系电话：_____

受委托人统一社会信用代码：_____

委托事项:因调查处理_____案件的需要，
根据_____的规定,委托人现委托受委托人对
以下患者病情进行鉴定。

委托鉴定患者登记表：

编号	姓名	身份证号	联系方式	拟（原）就诊病种	鉴定项目	备注
1						
2						
3						

1. 委托人应当通知被鉴定人员相关事宜并要求其配合，受委托人应当自行联系被鉴定人；
2. 委托人应当按时收取鉴定报告，并交纳费用；
3. 受委托人应当按委托人的要求进行鉴定,并于_____年____月____日前提交鉴定报告_____份。鉴定报告应由鉴定人员签名或盖章，并加盖鉴定机构的印章。

委托人： 行政机关
 （印章）

年 月 日

受委托人：（机构名称）
 （印章）

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 鉴定通知书

三陕医保鉴通〔202××〕××号

_____:

因据调查处理_____案件的需要，根据_____的规定，现本机关依法委托机构（统一社会信用代码：_____）对你（单位收治患者_____、_____）的病情进行鉴定（检验）。鉴定期间自____年____月____日至____年____月____日。鉴定机构将会与你（单位）联系，你（单位）应予配合。你（单位）也可就鉴定具体事宜联系鉴定机构联系人：_____，联系电话：_____。

鉴定的期间不计入本机关办理医疗保障行政处罚案件的期限。

联系人：_____

联系电话：_____

行政机关（印章）

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 鉴定意见告知书

三陕医保鉴告〔20××〕××号

当事人姓名或名称：_____

当事人住址或住所：_____

当事人身份证号码或统一社会信用代码：_____

法定代表人（负责人）：_____

本机关委托对相关人员（详见附件：《鉴定报告》）的病情进行了鉴定。鉴定意见如下：所涉人员病情经过鉴定（检验），因结果（☐符合；☐不符合）被判定（☐属于；☐不属于）_____病种。

如你（单位）对上述鉴定意见有异议，请在接收本告知书之日起三个工作日内向本机关提出书面补充鉴定或重新鉴定的申请，并申明理由，逾期即视为放弃该权利。

特此告知。

附件：鉴定报告复印件（报告编号：_____）

行政机关（印章）

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
协助调查函

三陕医保协〔20××〕××号

_____:

本机关在处理_____一案(立号:_____)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_____个工作日内完成以上调查工作,并在调查报告上加盖公章后函告本机关。调查中取得的证据请随调查调报告一并移交本机关。若贵单位无法协助或需延期完成,请在期限届满前告知本机关。

联 系 人: _____

联系电话: _____

行政机关(印章)

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
案件调查终结报告

案由：_____

调查人员：_____

调查时间：自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

当事人姓名或名称（单位）：_____

当事人身份证号或社会统一信用代码（单位）：_____

当事人住址或住所（单位）：_____

（当事人为单位时）法定代表人（负责人）：_____

案件由来及调查经过：_____

违法事实：_____

主要证据及证明事项：_____

陈述申辩意见：_____

争议要点：_____

从轻、减轻处罚的理由：_____

处罚依据及处罚建议：_____

当事人上述行为违法了/构成了：_____

的规定所指的违法行为，依据_____的规定，
应当予以 _____处罚。

调查人员： 签名

年 月 日

承办机构负责人： 签名

年 月 日

三门峡市陕州区医疗保障局
先行登记保存证据审批表

案件名称				
当事人	单位名称		法定代表人 (负责人)	
	统一社会信用代码			
	地 址		电 话	
	个人姓名		工作单位	
	证件类型		证件号码	
	住 址		电 话	
保存地点			保存期限	至 年 月 日 年 月 日
先行登记保 存 证 据 的 理 由				
先行登记保 存证据法律 依据				
承办人员意 见	建议先行登记保存证据。 承办人：签名 年 月 日			
承办机构审 核意见	☐ 拟同意 ☐ 拟不同意 理由： 负责人：签名 年 月 日			
行政机关负 责 人 审 批 意见	☐ 同意 ☐ 不同意 负责人：签名 年 月 日			

三门峡市陕州区医疗保障局
先行登记保存通知书

三陕医保登存〔20××〕××号

_____:

你（单位）_____的行为，涉嫌违反了_____（法律依据名称及条、款、项具体内容）_____的规定。为防止证据灭失或以后难以取得，依照《中华人民共和国行政处罚法》第五十六条的规定，本机关决定对你（单位）下列物品（详见《先行登记保存证据物品清单》）予以先行登记保存。

先行登记保存证物自_____年____月____日至_____年____月____日。
由_____负责保存，
存放于_____。保存期间未经本机关批准，
当事人或者有关人员不得销毁或者转移上述登记保存物品。

附件：先行登记保存证据物品清单

名 称	数 量	品 级	规 格	型 号	形 态

当事人：签名或盖章		年 月 日
行政执法人员：签名	执法证号：_____	年 月 日
行政执法人员：签名	执法证号：_____	年 月 日

行政机关（印章）

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
暂停联网结算审批表

案 由	
当事人	
定点编码或 身份证号码	
暂停联网结算 原因及依据	
承办人员 意 见	建议暂停联网结算 主办人： 协办人： 年 月 日
承办机构 意见	年 月 日
局分管 领导意见	年 月 日
局主要 领导意见	年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
恢复联网结算审批表

案 由	
当事人	
定点编码或 身份证号码	
恢复联网结算 原因及依据	
承办人员 意 见	建议恢复联网结算，按规定结算。 主办人： 协办人： 年 月 日
承办机构 意见	年 月 日
局分管 领导意见	年 月 日
局主要 领导意见	年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
案件中止调查审批表

案 由	
当事人	
立案时间	
中止调查原因 及依据	
承办人员意见	建议案件中止调查。 主办人： 协办人： 年 月 日
承办机构 意 见	年 月 日
局分管领导 意 见	年 月 日
局主要领导 意 见	年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 案件中止调查决定书

三陕医保止调〔20××〕××号

_____:

因你(单位)所涉_____案件,立案号:_____存
在下述情况:

- ☐ 行政处罚决定必须以相关案件的裁判结果或者其他行政决定为依据,但相关案件尚未审结或者其他行政决定尚未作出;
- ☐ 涉及法律适用等问题,需要送请有权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;
- ☐ 因当事人下落不明致使案件暂时无法调查;
- ☐ 其他应当中止调查的情形。

依据《医疗保障行政处罚程序暂行规定》_____条
之规定,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。

行政机关(印章)

年 月 日

三门峡市陕州区医疗保障局
案件恢复调查审批表

案 由	
当事人	
立案 时间	
恢复调查 原因及依据	
承办人员 意 见	建议案件恢复调查。 主办人： 协办人： 年 月 日
承办机构 意 见	年 月 日
局分管领导 意 见	年 月 日
局主要领导 意 见	年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 案件恢复调查决定书

三陕医保复调〔20××〕××号

本机关于____年____月____日向你（单位）作出了《××医疗保障局中止调查决定书》（文号__），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。

行政机关（印章）

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
案件终止调查审批表

案 由	
当事人	
立案时间	
中止调查原因 及依据	
承办人员意见	建议案件终止调查。 主办人： 协办人： 年 月 日
承办机构 意 见	年 月 日
局分管领导 意 见	年 月 日
局主要领导 意见	年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
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	
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，证据是否充分确凿			
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			
文书是否规范			
文书是否齐备			
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			
其他			
审核意见			
负责人：年 月 日			

文书格式范本

案件集体讨论笔录

案件名称：_____

时间：____年____月____日____时____分至____年____月____日____时____分

地点：_____

集体讨论原因：_____

主持人：_____职务：_____记录人：_____职务：_____

参加人及职务：_____

列席人及职务：_____

案件承办人汇报案件情况：_____

案件法制审核人汇报案件审核情况：_____

参加讨论人员意见和理由：_____

结论性意见：_____

参加讨论人员签名：_____

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
行政处罚事先告知审批表

案件名称				
当事人	单位名称		法定代表人 (负责人)	
	统一社会信用代码			
	地 址		电 话	
	个人姓名		工作单位	
	证件类型		证件号码	
	住 址		电 话	
权利告知	☐ 陈述申辩 ☐ 听证			
简要案情和 建议作出行政 处罚决定的理 由、依据及内 容	承办人：签名 年 月 日			
承办机构 审核意见	负责人：签名 年 月 日			
法制机构 审核意见	负责人：签名 年 月 日			
行政机关 负责人审 批意见	负责人：签名 年 月 日			

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 行政处罚事先告知书

三陕医保罚告字〔20××〕第××号

单位名称：_____

统一社会信用代码：_____

地址：_____

个人姓名：_____证件类型：_____证件号码：_____

住址：_____

本机关于__年__月__日对_____（案由）立案调查。经调查，你（单位）（陈述违法事实，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）。上述行为违反了（法律依据名称及条、款、项具体内容）的规定，已经构成违法。（列举证据形式，阐述证据所要证明的内容）。根据你（单位）违法行为的事实、性质、情节、社会危害程度和相关证据，参照（行政处罚裁量基准的具体内容），你（单位）的违法行为属于_____轻微（一般、严重或者特别严重）。根据（法律依据名称及条、款、项具体内容）的规定，本机关拟对你（单位）作出以下行政处罚：

1. _____

2. （其中为罚款处罚的，罚款数额应大写）

根据《中华人民共和国行政处罚法》第四十四条、第四十五条的规定，你（单位）可在收到本告知书之日起 5 日内提出书面陈述、申辩意见，或到（地点）进行陈述、申辩。逾期未陈述、申辩的，视为你（单位）放弃陈述、申辩权利。

根据《中华人民共和国行政处罚法》第六十三条、第六十四条的规定，你（单位）有权要求举行听证。如你（单位）要求听证，应当自收到本告知书之日起5日内向本机关提出。逾期不提出听证的，视为你（单位）放弃听证权利。

行政机关联系人：

行政机关电 话：

行政机关地 址：

行政机关印章

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
不予行政处罚事先告知审批表

案件名称				
当事人	单位名称		法定代表人 (负责人)	
	统一社会信用代码			
	地 址		电 话	
	个人姓名		工作单位	
	证件类型		证件号码	
	住 址		电 话	
权利告知	☐ 陈述申辩 ☐ 听证			
简要案情和 建议作出不予行政处罚 决定的理由、依据及内容	承办人：签名 年 月 日			
承办机构 审核意见	负责人：签名 年 月 日			
法制机构 审核意见	负责人：签名 年 月 日			
行政机关 负 责 人 审批意见	负责人：签名 年 月 日			

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 不予行政处罚事先告知书

三陕医保不罚告字〔20××〕第××号

单位名称：_____统一社会信用代码：_____

地址：_____

个人姓名：_____证件类型：_____证件号码：_____

住址：_____

本机关于_____年____月____日对_____（案由）_____立案调查。经调查，你（单位）（陈述违法事实，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）。上述行为违反了（法律依据名称及条款、项具体内容）_____的规定，已经构成违法。（列举证据形式、阐述证据所要证明的内容）。根据你（单位）违法行为的事实、性质、情节、社会危害程度和相关证据，依据《中华人民共和国行政处罚法》第三十条、第三十一条、第三十三条和（法律依据名称及条款、项具体内容）的规定，本机关拟对你（单位）不予行政处罚。根据《中华人民共和国行政处罚法》第四十四条、第四十五条的规定，你（单位）可在收到本告知书之日起5日内提出书面陈述、申辩意见，或到（地点）_____进行陈述、申辩。逾期未陈述、申辩的，视为你（单位）放弃陈述、申辩权利。

行政机关联系人：

行政机关电话：

行政机关地址：

行政机关印章

年 月 日

文书格式范本

陈述申辩笔录

陈述申辩时间：年 月 日 时 分至 年 月 日 时 分

陈述申辩地点：_____

单位名称：_____法定代表人(负责人)：_____

统一社会信用代码：_____地址：_____电话：_____

个人姓名：_____工作单位：_____

证件类型：_____证件号码：_____

住址：_____电话：_____

行政执法人员：_____执法证号：_____

行政执法人员：_____执法证号：_____

记录人：_____

陈述申辩内容：_____

当事人应当逐页签名确认_____

(以下是笔录尾页)_____

当事人阅核后签注“笔录上述内容，记录属实。”_____

(拒绝签注的，注明拒签事由)_____

当事人：签名_____年 月 日

行政执法人员：签名_____年 月 日

记录人：签名_____年 月 日

第 页 共 页

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
陈述申辩复核意见书

案件名称				
当 事 人	单位名称		法定代表人 (负责人)	
	统一社会信用代码			
	地 址		电 话	
	个人姓名		工作单位	
	证件类型		证件号码	
	住 址		电 话	
简要案情 及拟处罚 意 见				
陈述申辩 情 况				
承 办 人 意 见	承办人：签名 年 月 日			
承办机构 负责人审核 意见	负责人：签名 年 月 日			
行政机关 负 责 人 审批意见	负责人：签名 年 月 日			

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
行政处罚事先告知审批表

案件名称				
当事人	单位名称		法定代表人 (负责人)	
	统一社会信用代码			
	地 址		电 话	
	个人姓名		工作单位	
	证件类型		证件号码	
	住 址		电 话	
权利告知	☐ 陈述申辩 ☐ 听证			
简要案情和 建议作出行政 处罚决定的理 由、依据及内 容	承办人：签名 年 月 日			
承办机构 审核意见	负责人：签名 年 月 日			
法制机构 审核意见	负责人：签名 年 月 日			
行政机关 负 责 人 审批意见	负责人：签名 年 月 日			

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 行政处罚事先告知书

三陕医保罚告字〔20××〕第××号

单位名称：_____统一社会信用代码：_____

地址：_____

个人姓名：_____证件类型：_____

证件号码：_____住址：_____

本机关于__年__月__日对_____(案由)立案调查。经调查，你(单位)_____(陈述违法事实，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)。上述行为违反了(法律依据名称及条、款、项具体内容)的规定，已经构成违法。_____(列举证据形式，阐述证据所要证明的内容)。根据你(单位)违法行为的事实、性质、情节、社会危害程度和相关证据，参照(行政处罚裁量基准的具体内容)，你(单位)的违法行为属于_____轻微(一般、严重或者特别严重)。

根据(法律依据名称及条、款、项具体内容)的规定，本机关拟对你(单位)作出以下行政处罚：

1. _____
2. (其中为罚款处罚的，罚款数额应大写) _____

根据《中华人民共和国行政处罚法》第四十四条、第四十

五条的规定，你（单位）可在收到本告知书之日起 5日内提出书面陈述、申辩意见，或到（地点）进行陈述、申辩。逾期未陈述、申辩的，视为你（单位）放弃陈述、申辩权利。

根据《中华人民共和国行政处罚法》第六十三条、第六十四条的规定，你（单位）有权要求举行听证。如你（单位）要求听证，应当自收到本告知书之日起5日内向本机关提出。逾期不提出听证的，视为你（单位）放弃听证权利。

行政机关联系人：

行政机关电 话：

行政机关地 址：

行政机关印章

年 月 日

三门峡市陕州区医疗保障局
行政处理决定审批表

案件名称				
当事人	单位名称		法定代表人 (负责人)	
	统一社会信用 代码			
	地 址		电 话	
	个人姓名		工作单位	
	证件类型		证件号码	
	住 址		电 话	
简要案情和 建议作出行政 处理决定的理 由、依据及内 容				
当事人陈述申 辩、听证情况 及意见复核、 采纳情况				
承办人意见	承办人： 签名 年 月 日			
承办机构 审 核负责人意 见	负责人： 签名 年 月 日			
法制机构 审核意见	负责人： 签名 年 月 日			
行政机 关负 责人 审批意见	负责人： 签名 年 月 日			

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 行政处理决定书

单位名称：_____统一社会信用代码：_____

地址：_____

个人姓名：_____证件类型：_____证件号码：_____

住址：_____

本机关于____年____月____日对_____（案由）_____立案调查。经调查，你（单位）_____（陈述违法事实，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）。上述行为违反了（法律依据名称及条、款、项具体内容）_____的规定，已经构成违法。_____（列举证据形式，阐述证据所要证明的内容）。根据你（单位）违法行为的事实、性质、情节、社会危害程度和相关证据，根据_____（法律依据名称及条、款、项具体内容）的规定，本机关决定对你（单位）作出以下行政处理：

1. 退回金额数额应大写_____

你（单位）应当自收到本决定书之日起15日内将损失的医疗保障基金退回_____银行（账号：_____户名_____）

你（单位）如不服本决定，可以自收到本决定书之日起六十日内依法向_____申请行政复议，也可以自收到本决定书之日起六个月内依法向人民法院提起行政诉讼。逾期不申请行政复议，也不提起行政诉讼，又不履行本行政处理决定的，本机关将依法申请人民法院强制执行。

行政机关印章

年 月 日

三门峡市陕州区医疗保障局
行政处罚决定审批表

案件名称				
当事人	单位名称		法定代表人 (负责人)	
	统一社会信用代码			
	地 址		电 话	
	个人姓名		工作单位	
	证件类型		证件号码	
	住 址		电 话	
简 要 案 情 和 建议作出行政处 罚 决 定 的 理 由、依据及内 容				
当事人陈述申 辩、听证情况 及意见复核、 采纳情况				
承办人意见	承办人：签名 年 月 日			
承办机构 审核负责人 意见	负责人：签名 年 月 日			
法制机构 审核意见	负责人：签名 年 月 日			
行政机 关 负 责 人 审批意见	负责人：签名 年 月 日			

三门峡市陕州区医疗保障局
行政处罚决定书

三陕医保处罚字〔20××〕第××号
单位名称：_____统一社会信用代码：_____
地址：_____
个人姓名：_____证件类型：_____证件号码：_____
住址：_____

本机关于__年__月__日对_____（案由）_____立案调查。
经调查，你（单位）_____（陈述违法事实，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）。上述行为违反了（法律依据名称及条、款、项具体内容）_____的规定，已经构成违法。_____（列举证据形式，阐述证据所要证明的内容）。根据你（单位）违法行为的事实、性质、情节、社会危害程度和相关证据，参照（行政处罚裁量基准的具体内容），你（单位）的违法行为属于轻微_____（一般、严重或者特别严重）。

根据_____（法律依据名称及条、款、项具体内容）_____的规定，
本机关决定对你（单位）作出以下行政处罚：

- 1. _____
- 2. _____（其中为罚款处罚的，罚款数额应大写）

你（单位）应当自收到本决定书之日起15日内将罚款缴纳至_____银行（账号：_____）或者通过电子支付系统缴纳罚款。逾期不缴纳罚款的，每

日按罚款数额的3%加处罚款。

你(单位)如不服本决定,可以自收到本决定书之日起六十日内依法向_____申请行政复议,也可以自收到本决定书之日起六个月内依法向_____人民法院提起行政诉讼。逾期不申请行政复议,也不提起行政诉讼,又不履行本行政处罚决定的,本机关将依法申请人民法院强制执行。

行政机关印章

年 月 日

三门峡市陕州区医疗保障局
不予行政处罚决定审批表

案件名称				
当事人	单位名称		法定代表人 (负责人)	
	统一社会信用代码			
	地 址		电 话	
	个人姓名		工作单位	
	证件类型		证件号码	
	住 址		电 话	
简要案情和建议作出不予行政处罚决定的理由、依据及内容				
当事人陈述申辩、听证情况及意见复核、采纳情况				
承办人意见	承办人：签名 年 月 日			
承办机构 审核负责人 意见	负责人：签名 年 月 日			
法制机构 负责人审核 意见	负责人：签名 年 月 日			
行政机关 负 责 人 审批意见	负责人：签名 年 月 日			

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
不予行政处罚决定书

三陕医保不罚字〔20××〕第××号

单位名称：_____统一社会信用代码：_____

地址：_____

个人姓名：_____证件类型：_____证件号码：_____

住址：_____

本机关于__年__月__日对(案由)立案调查。经调查，你(单位)(陈述违法事实，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)。上述行为违反了(法律依据名称及条、款、项具体内容)的规定，已经构成违法。(列举证据形式、阐述证据所要证明的内容)。根据你(单位)违法行为的事实、性质、情节、社会危害程度和相关证据，依据《中华人民共和国行政处罚法》☐第三十条☐第三十一条☐第三十三条和(法律依据名称及条、款、项具体内容)的规定，本机关决定对你(单位)不予行政处罚。

你(单位)如不服本决定，可以自收到本决定书之日起六十日内依法向_____申请行政复议,也可以自收到本决定书之日起六个月内依法向_____人民法院提起行政诉讼。

根据《中华人民共和国行政处罚法》第三十三条第三款的规定，你(单位)应当：

1. _____

行政机关印章

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
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：	

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 行政处罚听证通知书

三陕医保听通字〔20××〕第××号

单位名称：_____统一社会信用代码：_____

地址：_____

个人姓名：_____证件类型：_____证件号码：_____

住址：_____

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（听证地点和听证方式）举行听证。本次听证由_____为听证主持人，__为听证员，__为记录员，____为翻译人员，__为鉴定人，__为勘验人，请你（单位）或者委托代理人持本通知准时参加。

如你（单位）认为听证主持人、听证员、记录员、翻译人员、鉴定人、勘验人等与本案有直接利害关系或者有其他关系可能影响听证公正的，有权申请回避。申请回避，应当自收到听证通知书之日起3日内向本机关提出申请并说明理由。你（单位）有正当理由需申请延期举行的，应当在__年____月__日前提出，由听证主持人决定是否延期。若无正当理由拒不出席听证的，视为放弃听证权利，本机关将终止听证。

参加听证前，请你（单位）注意下列事项：

1. 当事人可亲自参加听证，也可以委托1-2名代理人参加听证。委托代理人参加听证的，应当在听证举行前提交由当事人签署或盖章

的授权委托书，载明委托的事项和权限。

2. 参加听证时，当事人或委托代理人应携带身份证明原件及其复印件和有关证据材料。

3. 当事人有证人出席作证的，应通知有关证人出席作证，并事先告知本机关。

行政机关联系人：

行 政 机 关 电 话：

行 政 机 关 地 址：

行政机关印章

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
行政处罚听证公告

三陕医保听公告字〔20××〕第××号

根据《中华人民共和国行政处罚法》第六十三条、第六十四条和
（法律依据名称及条、款、项具体内容）的规定，本机关决定对案
件名称（包括当事人姓名或者名称、案由）举行听证，现将有关
事项公告如下：

- 一、听证时间：_____
- 二、听证地点：_____
- 三、听证方式：_____
- 四、听证内容：_____

需要旁听听证的人员，可于____年____月____日前到本机关办
理参加听证有关手续。

特此公告。

行政机关联系人：

行政 机 关 电 话：

行 政 机 关 地 址：

行政机关印章
年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 行政处罚听证笔录

案件名称：_____

听证时间：____年__月__日__时__分至____年__月__日__时__分

听证地点：_____听证方式：_____

☐单位名称：_____法定代表人(负责人)：_____

统一社会信用代码：_____地址：_____电话：_____

☐个人姓名：_____工作单位：_____

证件类型：_____证件号码：_____

住址：_____电话：_____

委托代理人：_____工作单位：_____

证件类型：_____证件号码：_____

住址：_____电话：_____

委托代理人：_____工作单位：_____

证件类型：_____证件号码：_____

住址：_____电话：_____

其他参加人：_____工作单位：_____

案件调查人：_____工作单位：_____

案件调查人：_____工作单位：_____

听证主持人：_____工作单位：_____

听证员：_____ 工作单位：_____

记录员：_____ 工作单位：_____

听证记录：_____

听证人员、听证参加人应当逐页签名确认

（以下是笔录尾页）

听证参加人阅核后签注“笔录上述内容，记录属实”。

（拒绝签注的，听证主持人注明拒签事由）

当事人（委托代理人）： 签名或盖章 年 月 日

其他参加人： 签名 年 月 日

案件调查人： 年 月 日

听证主持人： 年 月 日

听证员： 年 月 日

记录员： 年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 行政处罚听证报告

案件名称: _____

听证时间: ____年__月__日__时__分至__年__月__日__时__分

听证地点: _____

听证主持人: _____ 工作单位: _____

听证员: _____ 工作单位: _____

记录员: _____ 工作单位: _____

其他参加人: _____ 工作单位: _____

案件调查人: _____ 执法证号: _____

案件调查人: _____ 执法证号: _____

组织听证机关: _____

一、当事人基本情况

☐ 单位名称: _____ 法定代表人(负责人): _____

统一社会信用代码: _____ 地址: _____ 电话: _____

☐ 个人姓名: _____ 工作单位: _____

证件类型: _____ 证件号码: _____

住址: _____ 电话: _____

委托代理人: _____ 工作单位: _____

证件类型: _____ 证件号码: _____

住址：_____电话：_____

委托代理人：_____工作单位：_____

证件类型：_____证件号码：_____

住址：_____电话：_____

二、听证基本情况

三、处理意见和建议

听证主持人： 签名 _____ 年 月 日

听证员： 签名 _____ 年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局
行政处罚决定履行催告审批表

案件名称				
当事人	单位名称		法定代表人 (负责人)	
	统一社会信用代码			
	地 址		电 话	
	个人姓名		工作单位	
	证件类型		证件号码	
	住 址		电 话	
审批事项				
提请审批的理由、依据及处理意见	承办人：签名 年 月 日			
承办机构负责人意见	负责人：签名 年 月 日			
法制机构负责人意见	负责人：签名 年 月 日			
行政机关主要负责人意见	负责人：签名 年 月 日			

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 行政处罚决定履行催告书

三陕医保罚催字〔20××〕第××号

_____:

本局于_____年_____月_____日对你(单位)作出行政处罚决定(《行政处罚决定书》__医保处罚字〔20××〕第××号)你(单位)在法定期限内对该《行政处罚决定书》确定的下列义务没有履行:

- 1.
- 2.

依据《中华人民共和国行政强制法》第五十四条的规定,本机关现催告你(单位)自收到本催告书之日起十个工作日内按照该《行政处罚决定书》确定的方式依法履行上述义务。收到本催告书后,你(单位)有权进行陈述、申辩。无正当理由逾期仍不履行上述义务的,本局将依法申请人民法院强制执行。

联系人:

联系电话:

联系地址:

行政机关印章

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局行政处罚决定
申请强制执行审批表

案件名称				
当事人	单位名称		法定代表人 (负责人)	
	统一社会信用代码			
	地 址		电 话	
	个人姓名		工作单位	
	证件类型		证件号码	
	住 址		电 话	
审批事项				
提请审批的理由、依据及处理意见	承办人：签名 年 月 日			
承办机构 负责人意见	负责人：签名 年 月 日			
法制机构 负责人意见	负责人：签名 年 月 日			
行政机关 主要负责人 意见	负责人：签名 年 月 日			

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局

强制执行申请书

三陕医保执申字〔20××〕第××号

申请人：_____

法定代表人：_____职务：_____

地址：_____

被申请人：_____

(个人) 身份证件号码：_____

(单位) 法定代表人(负责人)：_____

住所(住址)：_____

统一社会信用代码：_____

联系电话：_____

申请事项：

申请××人民法院强制执行：

1. 被申请人未依法履行的《行政处罚决定书》(文号)中的处罚内容；

2. 加处罚款_____元，计算方式为_____

申请强制执行的事实和理由：

本局于年月日对被申请人作出《行政处罚决定书》(文号)，
(此处填写当事人履行情况、复议或者诉讼情况)。

本局于__年__月__日向被申请人送达了《行政处罚决定履行催告书》(文号)，但被申请人在规定期限内仍未履行行政处罚决定。

依据《中华人民共和国行政强制法》第五十三条、五十四条的规定，
特依法申请强制执行。

联系人：

联系电话：

附件：

1. 《行政处罚决定书》（文号）
2. 《行政处罚决定履行催告书》（文号）
3. 法定代表人身份证明（授权委托书）（文号）
4. 当事人意见及其他材料

行政机关负责人：_____

行政机关（印章）

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 不予延期（分期）缴纳罚款决定书

三陕医保不予延分字〔20××〕第××号

_____：

____年__月__日，本机关对你（单位）作出了《（行政机关名称）行政处罚决定书》（文号），给予罚款__（大写）元的行政处罚决定，你（单位）于__年__月__日提出了延期（分期）缴纳罚款申请。

由于__不予延期（分期）缴纳罚款理由__，本机关认为你（单位）的申请不符合《中华人民共和国行政处罚法》第六十六条的规定，不准予你（单位）延期（分期）缴纳罚款。

行政机关印章

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 延期（分期）缴纳罚款决定书

三陕医保延分字〔20××〕第××号

_____：

_____年_____月_____日，本机关对你（单位）作出了《（行政机关名称）行政处罚决定书》（文号），给予罚款_____（大写）元的行政处罚决定，你（单位）于_____年_____月_____日提出了延期（分期）缴纳罚款申请。

由于延期（分期）缴纳罚款理由，本机关认为你（单位）的申请符合《中华人民共和国行政处罚法》第六十六条的规定，不准予你（单位）延期（分期）缴纳罚款。

行政机关印章

年 月 日

文书格式范本

约谈记录

时间：____年__月__日____时____分至____时____分

地点: _____

行政指导人员姓名和行政执法证件号码: _____

记录人姓名和行政执法证件号: _____

约谈对象基本情况: _____

约谈内容: _____

(可续页)

行政指导对象签名（盖章）：

行政指导人员（签名）：

记录人（签名）：

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 转办事项通知单

三陕医保转办字〔20××〕第××号

_____:

现转去_____事项/件/起, 请
按有关规定予以调查处理, 并于_____年____月____日前将办
理结果报_____。

附:

1. 《(行政机关名称) 行政处罚决定书》
- 2.
- 3.

联系人:

电话:

行政机关(印章)

年 月 日

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 行政处罚案件结案报告

案件名称: _____

立案日期: _____年____月____日

案件承办人: _____

行政处罚决定书文书文号: _____

处罚决定日期: _____年____月____日

当事人姓名或名称(单位): _____

当事人身份证号或社会统一信用代码(单位): _____

当事人住址或住所(单位): _____

(当事人为单位时)法定代表人(负责人): _____

案件来源: _____

简要案情: _____

处罚内容: _____

执行情况: _____

执行方式: ☐自觉履行 ☐复议结案 ☐诉讼结案

☐强制执行 ☐其他选项

撰写人签名:

年 月 日

三门峡市陕州区医疗保障局
行政处罚案件结案审批表

案件名称		立案日期	年 月 日
行政处罚 决定书文号		决定日期	年 月 日
简要案情			
行政处罚 决定内容			
行政处罚执行情况 和行政复议、行政诉 讼情况			
行政处罚 公示情况	☐ 是 公示地址： ☐ 否 理由：		
承办人 意 见	建议结案 承办人：签名 年 月 日		
承办机构 审核意见	负责人：签名 年 月 日		
行政机 关 负 责 人 审批意见	负责人：签名 年 月 日		

文书格式范本

三门峡市陕州区医疗保障局 案件来源登记台账

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 抽样取证通知书登记表

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 抽样取证物品处理通知书登记表

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 先行登记保存证据通知书登记表

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 先行登记保存证据物品处理通知书登记表

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 封存决定书登记表

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 延长封存期限决定书登记表

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 解除封存决定书登记表

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 当场行政处罚决定书备案登记表

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 法制审核登记表

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 行政处罚事先告知书登记表

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 不予行政处罚事先告知书登记表

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 责令(限期)改正复查意见书登记表

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 行政处理决定书登记表

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 行政处罚决定书登记表

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 不予行政处罚决定书登记表

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 行政处罚听证通知书登记表

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 行政处罚听证公告登记表

[illegible]

三门峡市陕州区医疗保障局 责令(限期)改正通知书登记表

[illegible]