吉林省医疗保障行政执法文书格式范本

吉林省医疗保障局

2025年5月

目 录

（一）立案阶段

1-1.案件来源登记表

1-2.投诉举报记录

1-3.指定管辖通知书

1-4.案件交办通知书

1-5.案件（线索）移送函

1-6.[协助调查函](#_Toc48815551)

1-7.立案审批表

1-8.不予立案审批表

1-9.[撤销立案审批表](#_Toc48815557)

1-10.涉嫌犯罪案件移送书

1-11.涉嫌犯罪案件移送书（回执）

（二）调查阶段

2-1.询问通知书

2-2.询问笔录

2-3.送达地址确认书

2-4-1.行政检查审批表

2-4-2.行政检查通知书

2-4-3.回避申请决定书

2-4-4.行政检查情况记录表

2-5.现场检查（勘验）笔录

2-6.调取证据材料通知书

2-7.证据提取单

2-8.电子数据证据提取笔录

2-9.证据清单

2-10.[中止调查通知书](#_Toc44489492)

2-11.[恢复调查通知书](#_Toc44489493)

2-12-1.先行登记保存决定书

2-12-2.[先行登记保存证物处理决定书](#_Toc44489496)

[2-12-3.](#_Toc44489497)[先行登记保存证物清单](#_Toc44489497)

2-12-4.先行登记保存证物处理清单

2-13-1.[查封/扣押决定书](#_Toc44489498)

[2-13-2.延长查封（扣押）决定书](#_Toc44489499)

[2-13-3.解除查封（扣押）决定书](#_Toc44489500)

[2-13-4.](#_Toc44489501)[查封/扣押物品清单（解除查封/扣押物品清单）](#_Toc44489501)

2-13-5.查封/扣押物品移送告知书

2-14.调查终结报告

（三）审理阶段

3-1-1.法制审核意见书

3-1-2.法制审核意见表

3-1-3.法制审核意见呈报表

3-2.案件集体讨论记录

3-3.案件处理审批表

3-4.[行政处罚事先告知书](#_Toc44489504)

3-5.[陈述、申辩笔录](#_Toc44489505)

3-6.[听证通知书](#_Toc44489506)

3-7.[听证公告](#_Toc44489507)

3-8.[听证笔录](#_Toc44489508)

[3-9.听证报告](#_Toc44489509)

（四）执行阶段

4-1.行政处罚案件有关事项审批表

4-2.责令改正通知书

4-3.当场行政处罚决定书

4-4.行政处罚决定书

4-5.不予行政处罚决定书

4-6.送达回证

4-7.送达公告

4-8.督促履行义务催告书

4-9.分期（延期）缴纳罚款申请书

4-10.同意分期（延期）缴纳罚款通知书

4-11.不予分期（延期）缴纳罚款通知书

4-12.[责令改正情况复查记录](#_Toc44489528)

4-13.[行政处罚强制执行申请书](#_Toc44489529)

4-14.[结案审批表](#_Toc44489533)

◎行政处罚案件卷宗

◎卷内文件目录

◎卷内备考表

1-1

×××医疗保障局

**案件来源登记表**

登记号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  □纪检机关、司法机关或其他行政机关移送 □舆情监控  □其他 | | | |
| 案  源  提  供  人 | 承办  人员 | 姓名 |  | 所属单位 |  |
| 姓名 |  | 所属单位 |  |
| 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 | | 执法部门负责人签名：    年 月 日 | | | |
| 备注 | |  | | | |

注：可根据不同案件来源后附相关材料清单。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-2 |  |  | | |  |  | |  |  | |
| **吉林省医疗保障****基金监管举报线索登记表** | | | | | | | | | | |
| 编号： | | |  | | | |  | | |  |
| 线索来源 | 电话□ 信件□ 网络□ 来访□ 移交□ 交办□ 转办□ 其他□ | | | | | | | | | |
| 举报人  姓名 |  | 性别 | | |  | 身份证号 | |  | | |
| 单位名称 |  | | | | | 联系电话 | |  | | |
| 联系地址 |  | | | | | | | | | |
| 举报对象 | 个人□ 定点医疗机构□ 定点药店□  经办机构□ 长护险定点机构□ 其他□ | | | | | | | | | |
| 举 报 事 项 | 被举报人姓名 |  | | | 性别 |  | | 身份证号 |  | |
| 被举报  单位名称 |  | | | 联系电话 |  | | 联系地址 |  | |
| 举 报 内 容 |  | | | | | | | | |
|
|
|
| 举报登记  机构 | 以上登记内容属实。  负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 举报受理  机构意见 | 予以受理□  不予受理□  部分受理□（ ）予以受理，其它不予受理。    负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 不予受理 原因  如受理可不填写 |  | | | | | | | | | |
| 医疗保障  行政部门  意见 | 基金监管  机构意见 | | | □拟由 核查处理，  协助配合。  □拟转 单位核查处理。  □其他意见：  负责人签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 局领导  意见 | | | 年 月 日 | | | | | | |
| 备注 | 举报次数： 初次□ 重复□（ 次） | | | | | | | | | |

1-3

×××医疗保障局

**指定管辖通知书**

医保指定〔20××〕第 号

医疗保障局：

关于 一案管辖权问题，依据《中华人民共和国行政处罚法》第二十五条的规定，经本局研究决定：指定该案由 医疗保障局管辖。请你局接到此通知后及时办理相关材料的移交手续。

联系人： 联系电话：

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达移交机关，一份送达管辖机关，一份随卷归档。）

1-4

×××医疗保障局

**案件（线索）交办通知书**

医保交办〔20××〕第 号

医疗保障局：

依据《医疗保障行政处罚程序暂行规定》（国家医疗保障局令第4号）第十条规定，现将 一案交由你局管辖。请依法处理，并将处理结果及时报送本局。

联系人： 联系电话：

附件：（相关材料）

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达移交机关，一份送达指定管辖机关，一份随卷归档。）

1-5

×××医疗保障局

**案件（线索）移送函**

医保案移字〔20××〕第 号

：

一案/违法线索，因 不属于本局管辖。依据《医疗保障行政处罚程序暂行规定》第十二条规定，现将该案/违法线索移送你单位处理。

联系人： 联系电话：

联系地址：

附件：（相关材料）

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式两份，一份送达移交机关，一份随卷归档。）

1-6

×××医疗保障局

**协助调查函**

医保协字〔20××〕第 号

：

本机关在处理 一案（立案号： ）中，因 ，依据《医疗保障行政处罚程序暂行规定》第三十四条的规定，特请贵单位协助调查以下事项：

1.

2.

3.

请贵单位在收到本函后予以协助，并于 个工作日内完成以上调查工作，并在调查终结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终结报告一并移交本机关。如移交的证据为复印件，需注明原件保存地点，并加盖贵单位公章。若贵单位无法协助或需延期完成的，请在期限届满前函告本机关。望支持为盼！

联系人：

联系电话：

联系地址：

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达协助调查机关，一份由请求协助的医疗保障行政部门留存，一份随卷归档。）

1-7

×××医疗保障局

**立案审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 当  事  人 | 单位 | | 名称 |  | | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | 法定代表人  （负责人） | |  |
| 个人 | | 姓名 |  | | 身份证号码 | |  |
| 住所或住址 | | |  | | | | |
| 联系电话 | | |  | | | | |
| 案件来源 | |  | | | 案源登记日期 | | 年 月 日 | |
| 核查情况  及立案  理由 | | 案由：  主要事实：  立案的依据：  核查人员：  年 月 日 | | | | | | |
| 办案机构  负责人  意见 | | 同意立案，建议本案由 、 承办  办案机构负责人：  年 月 日 | | | | | | |
| 行政执法机关  负责人  意见 | | 行政执法机关负责人：  年 月 日 | | | | | | |

备注：办案机构负责人意见、行政执法机关负责人意见栏应签署明确意见。

1-8

×××医疗保障局

**不予立案审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 当  事  人 | 单位 | | 名称 |  | | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | 法定代表人  （负责人） | |  |
| 个人 | | 姓名 |  | | 身份证号码 | |  |
| 住所或住址 | | |  | | | | |
| 联系电话 | | |  | | | | |
| 案件来源 | |  | | | 案源登记日期 | | 年 月 日 | |
| 核查情况  及  不予立案  理由 | | 案由：  主要事实：  不予立案的依据：  核查人员：  年 月 日 | | | | | | |
| 办案机构  负责人  意见 | | 办案机构负责人：  年 月 日 | | | | | | |
| 行政执法机关  负责人  意见 | | 部门负责人：  年 月 日 | | | | | | |

备注：办案机构负责人意见、行政执法机关负责人意见栏应签署明确意见。

1-9

×××医疗保障局

**撤销立案审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 当  事  人 | 单位 | | 名称 |  | | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | 法定代表人  （负责人） | |  |
| 个人 | | 姓名 |  | | 身份证号码 | |  |
| 住所或住址 | | |  | | | | |
| 联系电话 | | |  | | | | |
| 案件来源 | |  | | | 案源登记日期 | | 年 月 日 | |
| 核查情况  及撤销立案的理由 | | 案由：  主要事实：  撤销立案的依据：  核查人员：  年 月 日 | | | | | | |
| 办案机构  负责人  意见 | | 办案机构负责人：  年 月 日 | | | | | | |
| 行政执法机关负责人意见 | | 行政执法机关负责人：  年 月 日 | | | | | | |

备注：办案机构负责人意见、行政执法机关负责人意见栏应签署明确意见。

1-10

×××医疗保障局

**涉嫌犯罪案件移送书**

医保案移字〔 〕 号

公安局：

一案，经调查，

的行为违反《中华人民共和国刑法》的相关规定，涉嫌犯罪。根据《中华人民共和国社会保险法》和国务院颁布的《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

XXX医疗保障局

（医疗保障行政部门印章）

年 月 日

1-11

×××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》（医保案移字〔 〕号）案件。 案卷 册 页。

有关文书和证据清单如下：

XXX公安局

（公安机关印章）

年 月 日

2-1

×××医疗保障局

**询问通知书**

医保询通〔20××〕第 号

：

为调查了解 ，

请于 年 月 日 时 分到

接受询问调查。依据《中华人民共和国行政处罚法》第五十五条第二款的规定，你（单位）有如实回答询问、协助调查或者检查的义务。

请携带以下资料：



如你（单位）委托其他人员接受询问调查的，委托代理人应当同时提供授权委托书及委托代理人的身份证明材料。

联系人： 、

联系电话：

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式两份，一份送达被询问机关，一份随卷归档。）

2-2

×××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：

工作单位和职务： 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 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。

被询问人： □已确认/□不确认。

现依法就 （被检查人、具体事由）有关情况进行询问，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，如不如实回答问题，将承担相应法律后果。全部询问内容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。你有权对本次调查询问提出陈述、申辩。

请确认：

行政执法人员询问内容：

被询问人：

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

行政执法人员：以上是本次询问情况记录，核对无误后请签名或者盖章确认。

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

2-3

×××医疗保障局

**送达地址确认书**

医保送确字〔20××〕第 号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 案由 |  | | | 立案号 |  |
| 受送达人  填写  送达地址  确认书的  告知事项 | 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。 | | | | |
| 受送达人 | 姓名（名称） | |  | | |
| 送达地址 | |  | | |
| 联系电话 | |  | | |
| 电子送达 | □同意 | 手机号码（接收短信提醒）： | | |
| 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： | | |
| □不同意 | | | |
| 受送达人对自己送达地址的确认 | 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 | | | | |
| 执法人员  签名 | 年 月 日 | | | | |

2-4-1

×××医疗保障局

**行政检查审批表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 案件来源 | □日常监督检查 □投诉举报  □上级机关交办  □纪检机关、司法机关或其他行政机关移送 □舆情监控  □数据监测 □其他 （可多选） | | | | |
| 检查对象 | 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 |  |
| 检查事项 |  | | | | |
| 检查时间 |  | | | | |
| 检查  内容 |  | | | | |
| 检查依据 |  | | | | |
| 检查方式 | □现场检查 □非现场检查 | | | | |
| 检查人员构成 |  | | | | |
| 承办机构意见 | 承办机构负责人签名： 年 月 日 | | | | |
| 行政执法机关意见 | 行政执法机关负责人签名： 年 月 日 | | | | |

备注：此表为医疗保障部门内部文书。

2-4-2

×××医疗保障局

**行政检查通知书**

医保检字〔20××〕第 号

：

根据 规定，兹指派下列人员于 年 月 日，对你（单位）实施行政检查，检查范围和内容主要是 ，请予积极配合，做好有关资料的准备，并提供必要的工作条件。

一、行政执法人员信息

检查组组长及其执法证号：

检查组成员及其执法证号：

二、权利告知

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。 （签名）

特此通知。

×××医疗保障局 （公章）

年 月 日

行政执法主体联系人： 联系电话：

被检查人（签字或盖章）： 年 月 日

联系人： 联系电话：

（本文书一式三份，一份送达被检查人，一份承办机构留存，一份随卷归档。）

2-4-3

×××医疗保障局

回避申请决定书

医保检通字〔20××〕第 号

申请人： 统一社会信用代码：

联系人： 联系电话：

被申请人： 行政执法证号：

被申请人： 行政执法证号：

申请人于 年 月 日以 为由，申请（被申请人） 回避实施（《行政检查通知书》编号： ）行政检查。

□经审查，符合 规定的回避情形，同意申请人的回避申请，并将行政执法人员更换为 ，行政执法证号 。

□经审查，不符合 规定的回避情形，驳回申请人的回避申请。

如对本决定不服，可以依法申请救济。

XXX医疗保障局

（印章）

年 月 日

受送达人：签名或者盖章 年 月 日

送达方式和地址：

2-4-4

编号：

×××医疗保障局

**行政检查情况记录表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被检查人基本情况 | 名 称 |  | 统一社会  信用代码 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 行政执法人员情况 | 姓名 |  | 行政执法证号 |  |
| 姓名 |  | 行政执法证号 |  |
| 检查时间 | 年 月 日（ 时 分）至 年 月 日（ 时 分） | | | |
| 检查地点 |  | | | |
| 检查情况 | （此处仅记录检查事实情况）  被检查人：签名或者盖章 年 月 日  行政执法人员： 年 月 日  行政执法人员： 年 月 日 | | | |
| 结果告知 | ☐通过行政检查  ☐未通过行政检查  ☐其他 | | | |

2-5

编号：

×××医疗保障局

**现场检查（勘验）笔录**

时间： 年 月 日 时 分至 年 月 日 时 分

检查（勘验）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：

性别： 工作单位和职务：

住址： 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：被检查（勘验）人： □已确认/□不确认。

现依法就 （被检查人、具体事由）进行现场检查（勘验），请协助做好检查（勘验），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：□无

□有

现场检查（勘验）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

第 页 共 页

2-6

×××医疗保障局

**调取证据材料通知书**

医保调通字〔20××〕第 号

：

因调查 一案的需要，根据《中华人民共和国行政处罚法》第二十六条和《中华人民共和国社会保险法》第七十九条第二款的规定：

□请你（单位）配合将下列证据材料按照通知书下方提供的联系人、联系电话、联系地址寄至我机关：

□现由 、 2 名人员前来你（单位）处

调取下列证据材料：

1.

2.

3.

请你（单位）依法予以协助，并于 年 月 日前提供上述证据材料。伪造证据、隐匿证据或者毁灭证据的，将受法律追究。

联系人：

联系电话：

联系地址：

×××医疗保障局（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达证据持有人，一份承办机构留存，一份随卷归档。）

2-7

×××医疗保障局

**证据提取单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 证据名称 | 证据类别 | 取证时间及地点 | 证据提取人员 | 页数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

第 页 共 页

2-8

×××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：

被检查人：

提取人：

执法人员： 执法证号：

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：

被检查人： 年 月 日

提取人： 年 月 日

执法人员： 年 月 日

第 页 共 页

电子数据的完整性校验值：

执法人员：以上是本次电子数据提取情况的记录，请核对/已向你宣读。如果属实请签名。

被检查人：

被检查人： 年 月 日

提取人： 年 月 日

执法人员： 年 月 日

第 页 共 页

2-9

×××医疗保障局

**证据清单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 证据名称 | 证据类别 | 取证时间及地点 | 证据提取人员 | 页数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

2-10

×××医疗保障局

### 中止调查通知书

医保止调字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称：

当事人住址或住所：

当事人性别：

当事人工作单位和职务：

当事人联系电话：

法定代表人（负责人、经营者）：

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，现决定中止调查本案。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。

×××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。）

2-11

×××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：

当事人性别：

当事人工作单位和职务：

当事人联系电话：

当事人住址或住所：

法定代表人（负责人、经营者）：

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（单位），本机关决定对你（单位）所涉

案件（立案号： ）中止调查。

鉴于《中止调查通知书》列明的中止调查原因 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。

×××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。）

2-12-1

×××医疗保障局

**先行登记保存决定书**

医保登处字〔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）：

（当事人为单位）法定代表人（负责人）：

因你（单位） 的行为，涉嫌违反

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《先行登记保存证物清单》）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 负责保管，存放于 。

在保存期间，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：先行登记保存证物清单

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式四份，一份交当事人，一份随卷归档，一份随登记保存的证物备查，一份本机关留存。）

2-12-2

×××医疗保障局

**先行登记保存证物处理决定书**

医保登存字〔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）：

当事人性别： 工作单位和职务： 联系电话：

当事人住址或住所（单位）：

（单位）法定代表人（负责人）：

本机关于 年 月 日向你（单位）送达《先行登记保存决定书》（ 医保登处字〔20××〕第 号），对 等物品进行先行登记保存，存放于 。

现因 ，决定根据《中华人民共和国行政处罚法》第五十六条规定对《先行登记保存决定书》载明的物品（详见《先行登记保存证物清单》）作如下处理：

□解除先行登记保存 □查封 □扣押

□移送至 。

□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 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 人民法院提起行政诉讼。

附件：先行登记保存证物处理清单

处理时间： 年 月 日

处理地点：

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份。一份交当事人，一份随卷归档，一份本机关留存。）

2-12-3

×××医疗保障局

**先行登记保存证物清单**

当事人姓名或名称：

当事人性别： 工作单位和职务： 联系电话：

现场负责人姓名： 身份证号：

代理人姓名： 身份证号：

主文书名称及文号：

执法人员及执法证编号： 、

见证人姓名： 身份证号：

证物清单：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 规格 | 数量 | 型号 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

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，一份随相关证物备查，一份本机关留存。）

2-12-4

×××医疗保障局

**先行登记保存证物处理清单**

当事人姓名或名称：

当事人性别： 工作单位和职务： 联系电话：

现场负责人姓名： 身份证号：

代理人姓名： 身份证号：

主文书名称及文号：

执法人员及执法证编号： 、

见证人姓名： 身份证号：

证物清单：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 规格 | 数量 | 型号 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

处理方式： □返还 □没收 □销毁 □扣押 □封存 □其他

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，一份随相关证物备查，一份本机关留存。）

2-13-1

×××医疗保障局

**查封（扣押）决定书**

医保查(扣)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）：

当事人性别：

当事人工作单位和职务：

当事人联系电话：

当事人住址或住所（单位）：

法定代表人（负责人）：

经查，因你（单位）实施了 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、设施或物品予以查封（扣押）（详见《查封（扣押）清单》）。查封（扣押）期限为自 年 月 日至 年 月 日。查封（扣押）物品由 负责保管，存放于 ，联系电话 。

在查封（扣押）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）。

如你（单位）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：查封（扣押）物品清单

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式四份。一份交当事人，一份随卷归档，一份随查封或扣押的场所、设施或物品备查，一份本机关留存。）

2-13-2

×××医疗保障局

**延长查封（扣押）决定书**

医保延查(扣)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）：

当事人性别：

当事人工作单位和职务：

当事人联系电话：

当事人住址或住所（单位）：

法定代表人（负责人）：

因你（单位）涉嫌 的违法行为，本机关于 年

月 日向你（单位）送达《查封（扣押）决定书》（文号 ），对 进行查封（扣押），存放于 。

现因 ，根据《中华人民共和国行政强制法》第二十五条第一款的规定，本机关依法决定延长查封（扣押）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。

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份交当事人，一份随卷归档，一份由本机关留存。）

2-13-3

×××医疗保障局

**解除查封（扣押）决定书**

医保解查(扣)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）：

当事人性别：

当事人工作单位和职务：

当事人联系电话：

当事人住址或住所（单位）：

法定代表人（负责人）：

本机关于 年 月 日向你（单位）送达《查封（扣押）决定书》（文号 ）（以及于 年 月 日，向你（单位）送达《延长查封（扣押）期限决定书》（文号 ）），对

等物品进行查封（扣押），存放于 。

现因 ，根据《中华人民共和国行政强制法》第二十八条第一款的规定，本机关决定，自 年 月 日起，对 予以解除查封（扣押）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查封（扣押）物品清单到 取回。逾期不领取的，本机关将依法予以处理。

附：解除查封（扣押）清单

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份交当事人，一份随卷归档，一份由本机关留存。）

2-13-4

×××医疗保障局

**查封（扣押）物品清单/**

**解除查封（扣押）物品清单**

当事人姓名或名称（单位）：

当事人性别： 工作单位和职务： 联系电话：

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）查封（扣押）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，一份随查封或扣押的物品资料备查，一份由本机关留存。）

第 页 共 页

2-13-5

×××医疗保障局

**查封（扣押）物品移送告知书**

医保物移〔20××〕第 号

：

年 月 日 ，本局根据《实施行政强制措施决定书》（文号： ）对你（单位）场所/设施/财务实施了查封/扣押行政强制措施。

因违法行为涉嫌犯罪，依据《医疗保障行政处罚程序暂行规定》的规定，本局依法已将案件移送 [因 ，依据《医疗保障行政处罚程序暂行规定》的规定，本局已将 案件/违法线索移送 ，]相关场所/设施/财务（详见《场所/设施/财务清单》文书编号： ），已于 年 月 日一并移送。

联系人： 联系电话：

联系地址：

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份交当事人，一份随卷归档，一份由本机关留存。）

2-14

×××医疗保障局

**调查终结报告**

案由： 立案号：

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）：

当事人性别：

当事人工作单位和职务：

当事人联系电话：

当事人住址或住所（单位）：

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：

。

当事人陈述申辩意见：

。

争议要点：

。

从轻、减轻处罚的理由：

。

处罚依据及处罚建议：当事人上述行为违反了/构成了

的规定/所指的违法行为，依据

的规定，拟应当予以

处罚。

调查人员（签名）：

承办机构（部门、科室）负责人签名：

年 月 日

3-1-1

×××医疗保障局

### 法制审核意见书

吉医保案审字〔20××〕第 号

：

你单位提交的 案，根据相关法律法规的规定以及你单位提供的相关材料，经法制审核，该案件违法主体认定正确、当事人的基本情况清楚、违法事实清楚、证据确凿充分、案件定性准确、适用法律法规正确、处罚适当。

×××医疗保障局

（法制审核专用章

或法制审核机构公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份办案单位留存，一份法制审核机关留存，一份随卷存档。）

3-1-2

×××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 | |  |
| （填写审核意见）  法制审核人员签名：  年 月 日 | | |

备注：此表与法制审核意见书两者选其一，属于医疗保障部门内部文书。

3-1-3

×××医疗保障局

### 法制审核意见呈报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 案件名称 |  | | |
| 送审机构 |  | | |
| 送审人员 |  | 送审日期 |  |
| 法制审核  机构意见 | 1.事实清楚、证据确凿充分、定性准确、适用法律正确、处罚适当、程序合法的，提出同意的意见。□  2.主要事实不清、证据不足的，提出继续调查的意见 □  3.主要事实不清、证据不足的，提出不予作出行政处罚决定的意见□  4.定性不准、适用法律不准确和执行裁量基准不当的，提出变更的意见□  5.超越执法权限或程序不合法的，提出纠正意见□  6.法律顾问意见（另附法律审查意见书）  7.其他意见：    承办人签名： 负责人签名：    年 月 日 | | |
| 法制审核  机构分管  领导意见 | 分管领导签名：  年 月 日 | | |

备注：此表为医疗保障部门内部办文流转文档，属于医疗保障部门内部文书。

3-2

×××医疗保障局

### 行政处罚案件集体讨论记录

案件名称：

讨论时间： 年 月 日

讨论地点：

主持人：

出席人员：

列席人员：

记录人：

讨论记录：

（讨论一般按下列顺序进行：1.办案机构（人员）汇报案件调查情况，包括违法事实、证据、处罚依据、裁量理由、处罚建议、存在问题或分歧意见等；2.审核机构（人员）汇报案件的审核意见；3.出席人员询问案件有关问题并进行集体讨论；4.出席人员发表意见；5.主持人提出处理意见。）

结论意见:

出席人员签名：

列席人员签名：

备注：此件属于医疗保障部门内部文书。

3-3

×××医疗保障局

**案件处理审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 案件名称 | |  | | | | | |
| 申请事项 | |  | | | | | |
| 案源及立案时间 | |  | | | | | |
| 案由 | |  | | | | | |
| 当  事  人 | 个人 | 姓名 |  | 身份证号码 | |  | |
| 单位 | 名称 |  | | | | |
| 法定代表人（负责人） |  | 统一社会信用代码 | |  | |
| 联系地址 |  | | | 电话 | |  |
| 简要案情  申请理由 | | 调查人员签名：  年 月 日 | | | | | |
| 是否经过复核  （听证）程序 | | □当事人未提出陈述、申辩意见或者未申请听证  □案件经复核或者听证 | | | | | |
| 当事人陈述、申辩或者听证中提出的主要意见 | |  | | | | | |
| 复核意见或者  听证意见 | |  | | | | | |
| 建议作出行政  处理决定的  内容、依据 | | 办案人员：  年 月 日 | | | | | |
| 办案机构  负责人意见 | | 办案机构负责人：  年 月 日 | | | | | |
| 行政执法机关  负责人  意见 | | 行政执法机关负责人：  年 月 日 | | | | | |

备注：此表属于医疗保障部门内部文书。

3-4

×××医疗保障局

### 行政处罚事先告知书

医保罚告字〔20××〕第 号

（当事人姓名或者单位名称） ：

年 月 日，本机关对你（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）

。

本机关认为，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，阐述证据所要证明的内容）

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，本机关责令你（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《中华人民共和国行政处罚法》第七条的规定，你（单位）有权进行陈述和申辩，未提出陈述申辩意见的，视为放弃此权利。

根据《中华人民共和国行政处罚法》第四十四条的规定，对上述拟作出的

，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日内向本机关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，本机关将依法作出行政处罚决定。

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

联系人： 联系电话：

（本文书一式三份，一份归档，一份送达当事人，一份由本机关留存。）

备注：适用范围按照《吉林省医保行政执法文书制作工作规范》相关规定执行。

3-5

×××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：

性别： 工作单位和职务：

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《中华人民共和国行政处罚法》第七条，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

第 页 共 页

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

3-6

×××医疗保障局

### 听证通知书

医保听通字〔20××〕第 号

（当事人姓名或单位名称） ：

根据你（单位）提出的听证要求，本局决定于 年 月日 时 分在 对你（单位）涉嫌

一案举行 公开/不公开 听证，请你（单位）持本通知书准时出席。如无正当理由不到场听证的，本局将依法终止听证。

本次听证会由 担任听证主持人， 担任听证员， 担任记录员， 担任翻译人员。根据《中华人民共和国行政处罚法》第六十四条第四项、《吉林省行政处罚听证程序规定》第十三条的规定，如认为上述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，你（单位）有申请回避的权利。

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：

×××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。）

3-7

×××医疗保障局

### 听证公告

医保听公字〔20××〕第 号

根据《中华人民共和国行政处罚法》第四十四条以及 （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。

×××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。）

3-8

×××医疗保障局

### 听证笔录

案件名称：

时间： 年 月 日 时 分至 时 分

地点：

听证主持人： [听证员： ]

记录员： [翻译人员： ]

办案人员： 、

当事人：

[法定代表人（负责人）： 委托代理人： ]

[第三人：

法定代表人（负责人）： 委托代理人：

其他参加人： ]

听证过程：

记录员：经查，听证参加人 已到场，现在宣布听证纪律：

1. 服从听证主持人的指挥，未经听证主持人允许不得发言、提问；
2. 未经听证主持人允许不得录音、录像和摄影；

（三）听证参加人未经听证主持人允许不得退场；

（四）不得大声喧哗，不得鼓掌、哄闹或者进行其他妨碍听证秩序的活动。

办案人员： 年 月 日

当事人、委托代理人： 年 月 日

第三人、其他听证参加人： 年 月 日

报告听证主持人，听证准备就绪。

听证主持人：现在核对听证参加人。

当事人及委托代理人：

办案人员：

[第三人及委托代理人：

其他参加人： ]

听证主持人：已核对当事人（委托代理人）[第三人、委托代理人、其他参加人]和办案人员的身份。现在宣布听证会开始进行。

本局于 年 月 日依法向当事人送达了 医保听公字〔20××〕第 号《行政处罚听证通知书》。经 申请举行

一案听证会。本次听证主持人是 ，听证员是 ，记录员是 ，翻译人员是 。

现告知听证参加人在听证中的权利义务。

当事人享有以下权利：1.有权放弃听证；2.有权申请听证主持人、听证员、记录员、翻译人员回避；3.有权当场提出证明自己主张的证据；4.有权进行陈述和申辩；5.经听证主持人允许，可以对相关证据进行质证；6.经听证主持人允许，可以向到场的证人、鉴定人、勘验人发问；7.有权对听证笔录进行审核，认为无误后签名或盖章。

第三人享有以下权利：1.有权当场提出证明自己主张的证据；2.有权进行陈述；3.经听证主持人允许，可以对办案人员： 年 月 日

当事人、委托代理人： 年 月 日

第三人、其他听证参加人： 年 月 日

相关证据进行质证；4.经听证主持人允许，可以向到场的证人、鉴定人、勘验人发问；5.有权对听证笔录进行审核，认为无误后签名或盖章。

听证参加人承担以下义务：1.遵守听证纪律；2.在审核无误的听证笔录上签名或盖章。

当事人(委托代理人)是否申请听证主持人、记录员[听证员、翻译人员]回避？

当事人（委托代理人）：

听证主持人： 现在请办案人员提出当事人违法的事实、证据、行政处罚建议和依据。

听证主持人：现在请当事人（委托代理人）进行陈述和申辩。

[听证主持人：现在请第三人（委托代理人）进行陈述]

办案人员： 年 月 日

当事人、委托代理人： 年 月 日

第三人、其他听证参加人： 年 月 日

听证主持人：现在开始质证。请办案人员出示相关证据，并说明证明目的。

听证主持人：现在请当事人（委托代理人）发表质证意见。

[听证主持人：请第三人（委托代理人）发表质证意见]

听证主持人：现在开始辩论。请办案人员发表辩论意见。

听证主持人：现在请当事人（委托代理人）发表辩论意见。

[听证主持人：请第三人（委托代理人）发表辩论意见]

办案人员： 年 月 日

当事人、委托代理人： 年 月 日

第三人、其他听证参加人： 年 月 日

[听证主持人：请第三人（委托代理人）陈述你的最后意见]

听证主持人：请办案人员陈述最后意见。

听证主持人：请当事人（委托代理人）陈述你的最后意见。

听证主持人：现在宣布听证结束。请听证参加人核对听证笔录，无误后请签名或盖章。

听证主持人： 年 月 日

[听证员][翻译人员]：  年 月 日

记录员： 年 月 日

办案人员：  年 月 日

当事人、委托代理人： 年 月 日听证主持人签名： 年 月 日

第三人、其他听证参加人： 年 月 日

3-9

×××医疗保障局

### 听证报告

案件名称：

听证时间： 年 月 日 时 分至 时 分

听证地点：

听证方式：公开/不公开

听证主持人： [听证员： ] 记录员： [翻译人员： ]

办案人员： 、

当事人：

[法定代表人（负责人）： 委托代理人： ]

[第三人：] 委托代理人：

法定代表人（负责人）

其他参加人：

听证基本情况：

处理意见及建议：

[需要报告的其他事项]

听证主持人： 年 月 日

[听证员]： 年 月 日

4-1

×××医疗保障局

### 行政处罚案件有关事项审批表

|  |  |
| --- | --- |
| 案件名称 |  |
| 审批事项 |  |
| 提请审批的理由、依据及处理意见 | 经办人：  年 月 日 |
| 办案机构  负责人  意见 | 办案机构负责人：  年 月 日 |
| 行政执法  机关负责人意见 | 行政执法机关负责人：  年 月 日 |

备注：此表属于医疗保障部门内部文书。

4-2

×××医疗保障局

**责令改正通知书**

医保责改〔20××〕第 号

：

经查，你（单位） 的行为，违反了 的规定。

依据 的规定，现责令你（单位）立即予以改正/在 年 月 日前改正。

（改正内容及要求： ）（逾期不改的，本单位将依据 的规定， 。）

如对本责令改正决定不服，可以自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个月内直接向

人民法院提起行政诉讼。

联系人：

联系电话：

联系地址：

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份由医疗保障行政部门留存，一份随卷归档。）

4-3

×××医疗保障局

### 当场行政处罚决定书

医保当处字〔20××〕第 号

当事人（姓名或名称）：

身份证号码： 性别：

工作单位和职务： 联系电话：

主体资格证照名称：

统一社会信用代码：

住所：

法定代表人（负责人、经营者）：

你（单位） 的行为，违反了 的规定。依据《中华人民共和国行政处罚法》第二十八条第一款、第五十一条、

的规定，现责令你（单位）改正上述违法行为，并作出如下行政处罚：

□警告；

□罚款 元。

罚款按下列方式缴纳：

□当场缴纳；

□即日起15日内通过 缴纳罚款。当事人应于收到本决定书之日起15日内将罚款缴到：

收款银行：

户名：

账号：

到期不缴纳罚款的，依据《中华人民共和国行政处罚法》第七十二条的规定，本机关将每日按罚款数额的百分之三加处罚款，加处罚款的数额不超过罚款的数额，并依法申请人民法院强制执行。

如对本决定不服，可以在收到本决定书之日起60日内向 人民政府申请复议，也可以于6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，不提起行政诉讼，又不履行本决定的，本机关将依法申请人民法院强制执行。

（\*\*\*医疗保障局将依法向社会公示本行政处罚决定信息）

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

本行政处罚决定作出前执法人员已向你（单位）出示执法证件，告知你（单位）拟作出的行政处罚内容及事实、理由、依据，并告知你（单位）有权进行陈述和申辩。

处罚地点：

当事人确认及签收： 年 月 日

执法人员： 年 月 日

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份由办案机关留存，一份随卷归档。）

4-4

×××医疗保障局

### 行政处罚决定书

医保处字〔20××〕第 号

当事人（姓名或名称）：

身份证号码： 性别：

工作单位和职务： 联系电话：

主体资格证照名称：

统一社会信用代码：

住所：

法定代表人（负责人、经营者）：

本机关于 对你（单位）进行了调查，发现你（单位）实施了如下违法行为：

调查认定的上述事实，主要有以下证据证明：

1.

2.

3.

综上，当事人违反了 规定，现责令你

（单位）于 年 月 日前改正上述违法行为，并决定作出如下行政处罚：

1.

2.

3.

当事人应于收到本决定书之日起15日内将罚款缴到：

收款银行：

户名：

账号：

到期不缴纳罚款的，依据《中华人民共和国行政处罚法》第七十二条的规定，本机关将每日按罚款数额的百分之三加处罚款，加处罚款的数额不超过罚款的数额，并依法申请人民法院强制执行。

如对本决定不服，可以在收到本决定书之日起60日内向 人民政府申请复议，也可以于6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，不提起行政诉讼，又不履行本决定的，本机关将依法申请人民法院强制执行。

（\*\*\*医疗保障局将依法向社会公示本行政处罚决定信息）

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份由办案机关留存，一份随卷归档。）

4-5

×××医疗保障局

**不予行政处罚决定书**

医保不罚字〔20××〕第 号

当事人（姓名或名称）：

性别：

工作单位和职务：

联系电话：

主体资格证件名称及号码：

住所或地址：

法定代表人（负责人）：

本机关于 对你（单位）进行了调查，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：

当事人上述行为违反了 的相关规定，鉴于

，依据

，本机关决定对当事人不予处罚。

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

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份由本机关留存，一份随卷归档。）

4-6

×××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 |  |
| 送达地点 |  |
| 送达方式 |  |
| 送达日期 | 年 月 日 |
| 收件人签字或盖章  并注明收件日期 | （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 |  |

4-7

×××医疗保障局

**送达公告**

医保罚送告〔 〕第 号

：

本局于 年 月 日依法对你（单位）作出  *，* 因 你下落不明/采取其他送达方式无法送达 ，依据《中华人民共和国行政处罚法》第六十一条及《医疗保障行政处罚程序暂行规定》第五十九条的规定，本局决定依法向你(单位)公告送达 ，内容为： 。

请你（单位）自本公告发布之日起六十日内到本局领取 ，逾期不领取即视为送达。（告知当事人陈述、申辩、复议、诉讼的权利）

联系人： 联系电话：

联系地址：

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份由本机关留存，一份随卷归档。）

4-8

×××医疗保障局

**督促履行义务催告书**

医保催字〔20××〕第 号

：

本机关已于 年 月 日向你(单位)作出《行政处罚决定书》（文

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。本机关根据《中华人民共和国行政强制法》第五十四条的规定，责令你（单位）在收到本催告书后10日内履行上述《行政处罚决定书》确定的下列义务

。

无正当理由逾期不履行上述义务的，本机关将依法申请人民法院强制执行。

联系人：

联系电话：

×××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。）

4-9

×××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》（文号），对本人（单位）作出了罚款（大写） 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（签字捺印）：

年 月 日

4-10

×××医疗保障局

**同意分期（延期）缴纳罚款通知书**

医保缴准字〔20××〕第 号

：

本机关于 年 月 日向你(单位)作出《行政处罚决定书》（文号），对你（单位）罚款（大写） 元。你（单位）于 年 月 日申请 延期/分期 缴纳罚款。现根据《中华人民共和国行政处罚法》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。

到期未缴纳罚款的，本机关依据《中华人民共和国行政处罚法》第七十二条第（一）项的规定，每日按照罚款数额的百分之三加处罚款。加处的罚款由代收机构直接收缴。

×××医疗保障局（公章）

年 月 日

（本文书一式四份，一份送达当事人，一份送达罚款收缴机构，一份随卷归档，一份本机关留存。）

4-11

×××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 日对你(单位)送达了《行政处罚决定书》（文号： ），对你（单位）作出了罚款（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 ，因此，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/分期缴纳罚款的申请。

到期未缴纳罚款的，依据《中华人民共和国行政处罚法》第七十二条第（一）项的规定，每日按照罚款数额的百分之三加处罚款。加处的罚款由代收机构直接收缴。

×××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。）

4-12

×××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：  （或另见附件） |
| 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： |

4-13

×××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

申请人：

法定代表人： 职务：

地址：

被申请人：

身份证件号码（个人）：

法定代表人(负责人、经营者）（单位）：

住所（住址）：

统一社会信用代码：

联系电话： 请求事项：

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 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：

申请人于 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、复议或诉讼情况）

申请人于 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.《督促履行义务催告书》（文号）

3.法定代表人身份证明，授权委托书

4.当事人意见及证明材料

×××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。）

4-14

×××医疗保障局

**结案审批表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 案件名称 |  | | | | |
| 立案日期 |  | 办案人员 | |  | |
| 处理决定文书 |  | 处理决定日期 | |  | |
| 结案情形 | □ 行政处罚决定执行完毕 □人民法院裁定终结执行  □ 案件终止调查 □ 依法不予行政处罚  □ 违法事实不能成立 □ 移送其他行政管理部门  □ 移送司法机关 □ 其他 | | | | |
| 行政处罚内容 |  | | | | |
| 行政决定的  执行方式 | □ 主动履行  □ 强制执行  □ 其他 | | 罚没财物处置情况 | |  |
| 办案人员  意见 | 办案人员：  年 月 日 | | | | |
| 办案机构  负责人意见 | 办案机构负责人：  年 月 日 | | | | |
| 行政执法  机关负责人  意见 | 行政执法机关负责人：  年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 全宗名称 | 医疗保障局 | | |
| 档案类别 | 行政处罚案卷卷宗 | | |
| 案件名称 |  | | |
| 行政处罚  （不予行政处罚）决定文书号 |  | 办案机构 |  |
| 办案日期 | 立案日期 年 月 日  结案日期 年 月 日 | 保管期限 |  |
| 本卷共 件 页 | | 归档号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **全宗号** | **目录号** | **案卷号** |
|  |  |  |

卷内备考表

|  |
| --- |
| 本卷情况说明：  缺损、修改、补充、部分灭失等情况。  立卷人：  检查人：  立卷时间： |

卷内文件目录

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 文号 | 文件名称 | 日期 | 页号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |