

# 平顶山市医疗保障局文件

平医保〔2020〕76号

## 平顶山市医疗保障局 关于转发《河南省医疗保障行政处罚文书样式》 的通知

各县(市、区)医疗保障局、新城区养老医疗保险中心、高新区人力资源管理局、市社会医疗保险中心:

现将《河南省医疗保障行政处罚文书样式》的通知(豫医保办[2020]59号)转发给你们,请认真遵照执行。



# 河南省医疗保障局文件

豫医保办〔2020〕59号

## 河南省医疗保障局 关于印发《河南省医疗保障行政处罚文书样式》的 通 知

各省辖市、济源示范区、各省直管县（市）医疗保障局，局机关各处室、局属各单位：

为规范医疗保障行政执法文书使用，河南省医疗保障局参照国家医疗保障局行政执法文书样式，结合我省实际，制定印发《河南省医疗保障行政处罚文书样式》，请各级医疗保障局予以参照执行。



## 目 录

1. 案件来源登记表.....	4
2. 立案（不予立案）审批表.....	5
3. 立案通知书.....	6
4. 送达地址确认书.....	7
5. 调取证据材料通知书.....	8
6. 指定管辖通知书.....	9
7. 案件移送函.....	10
8. 案件交办通知书.....	11
9. 涉嫌犯罪案件移送函.....	12
10. 检查笔录.....	13
11. 询问通知书.....	15
12. 询问笔录.....	16
13. 案件处理审批表.....	18
14. 先行登记保存决定书.....	19
15. 先行登记保存证物处理决定书.....	20
16. （ ）物品清单.....	21
17. 查封（扣押/封存）决定书.....	22
18. 延长查封（扣押/封存）决定书.....	23
19. 解除查封（扣押/封存）决定书.....	24
20. 鉴定委托书.....	25
21. 鉴定通知书.....	26
22. 鉴定结论告知书.....	27
23. 协助调查函.....	28

24. 调查终结报告.....	29
25. 法制审核意见表.....	31
26. 案件集体讨论记录.....	32
27. 行政处罚事先/行政处罚听证告知书.....	33
28. 陈述、申辩笔录.....	34
29. 听证通知书.....	36
30. 听证笔录.....	37
31. 听证报告.....	38
32. 行政处罚决定审批表.....	39
33. 行政处罚决定书.....	40
34. 不予行政处罚决定书.....	42
35. 当场行政处罚决定书.....	43
36. 送达回证.....	45
37. 督促履行义务催告书.....	46
38. 分期（延期）缴纳罚款申请书.....	47
39. 同意分期（延期）缴纳罚款通知书.....	48
40. 不予分期（延期）缴纳罚款通知书.....	49
41. 行政处罚强制执行申请书.....	50
42. 结案审批表.....	52
43. 行政处罚案卷.....	53
44. 卷内文件目录.....	54

×××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	<input type="checkbox"/> 监督检查 <input type="checkbox"/> 投诉举报 <input type="checkbox"/> 上级机关交办 <input type="checkbox"/> 司法机关或其他行政机关移送 <input type="checkbox"/> 其他_____				
案源 提供 人	检查 人员	姓名		所属单位	
		姓名		所属单位	
	投诉 举报 人	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： <div style="text-align: right;">年 月 日</div>				
案源 处理 意见	执法部门负责人签名： <div style="text-align: right;">年 月 日</div>				
备注					

注：可根据不同案件来源后附相关材料清单。

×××医疗保障局

## 立案（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		
核查情况及立案（不予立案）理由	<p>案由：</p> <p>主要事实：</p> <p>立案（不予立案）的依据：</p> <p style="text-align: right;">执法人员： 年 月 日</p>					
部门负责人意见	<p><input type="checkbox"/>同意立案，建议本案由、承办</p> <p><input type="checkbox"/>同意不予立案</p> <p><input type="checkbox"/>_____</p> <p style="text-align: right;">部门负责人： 年 月 日</p>					
机关负责人意见	<p style="text-align: right;">机关负责人： 年 月 日</p>					

×××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。

×××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，\_\_\_\_\_。）

×××医疗保障局

# 送达地址确认书

\_\_\_\_\_ 医保送确字〔20××〕第 号

案件名称			立案号	
告知事项	<p>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；送达至受送达人确认的地址，即视为送达。</p> <p>2. 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。</p> <p>3. 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。</p> <p>4. 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。</p> <p>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。</p>			
受送达人	姓名（名称）			
	送达地址			
	联系电话			
	电子送达（ 送达行政处罚决定书除外）	<input type="checkbox"/> 同意	手机号码（接收短信提醒）：	
请选择具体的电子送达方式： <input type="checkbox"/> 电子邮件，邮箱地址为： <input type="checkbox"/> 传真，传真号码为：				
<input type="checkbox"/> 不同意				
受送达人地址确认	<p>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。</p> <p>受送达人签名、盖章或捺指印：_____</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p>			
备注				



×××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《行政处罚法》第三十七条和《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. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

...

请你(单位)依法予以协助,并于 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日前提供上述证据材料。

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)

×××医疗保障局

## 指定管辖通知书

\_\_\_\_\_医保指管通字〔20××〕第 号

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_医疗保障局:

关于 \_\_\_\_\_

一案管辖权问题, 经本局研究决定: 指定该案由\_\_\_\_\_医疗保障局管辖。请你们接到此通知后及时办理相关材料的移交手续。

\_\_\_\_\_医疗保障局

(印章)

年 月 日

×××医疗保障局

## 案件移送函

\_\_\_\_\_医保案移字〔20××〕第 号:

\_\_\_\_\_:

\_\_\_\_\_一案/违法线索，因\_\_\_\_\_，  
不属于我局管辖/我局管辖困难。依据《河南省医疗保障行政处罚程序  
暂行规定》第五十八条第一款之规定，现将该案/违法线索移送你单位  
处理。

附件：（相关材料）

联系人：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

医疗保障局

（印章）

年 月 日

本文书一式 \_\_\_\_\_份， \_\_\_\_\_份送达，一份归档。

×××医疗保障局

## 案件交办通知书

\_\_\_\_\_ 医保交办通字〔20××〕第 号

\_\_\_\_\_ 医疗保障局：

依据《河南省医疗保障行政处罚程序暂行规定》第八条第二款之规定，现将\_\_\_\_\_一案交由你局办理。请依法处理，并将处理结果及时报送本局。

附件：（相关材料）

联系人：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

×××医疗保障局

（印章）

年 月 日

本文书一式 \_\_\_\_\_ 份，\_\_\_\_\_ 份送达，一份归档。

×××医疗保障局  
**涉嫌犯罪案件移送函**

\_\_\_\_医保涉刑移字〔20××〕第 号

\_\_\_\_\_:

本单位于\_\_\_\_年\_\_月\_\_日对\_\_\_\_\_一案立案调查，在调查中发现\_\_\_\_\_。根据《中华人民共和国行政处罚法》第二十二条、《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》第三条的规定，现移送你机关依法查处。

根据《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》第八条的规定，你机关如认为当事人没有犯罪事实，或者犯罪事实显著轻微，不需要追究刑事责任，依法不予立案的，请说明理由，并书面通知我单位，退回有关案卷材料。

附件：

1. 案卷\_\_册\_\_页
2. 涉案物品清单联系人：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

单位地址：\_\_\_\_\_

×××医疗保障局  
(公章)  
年 月 日

(本文书一式五份，一份送达公安机关，一份随卷归档，一份本机关留存。一份抄送同级人民检察院备案，一份抄送政府法制工作部门备案)

.....  
**签收回执**

\_\_\_\_\_医保涉刑移字〔20XX〕第 号《涉嫌犯罪案件移送函》  
已于\_\_\_\_年\_\_月\_\_日收到。

(公章)  
年 月 日

×××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



×××医疗保障局

## 询问通知书

\_\_\_\_\_医保询字〔20××〕第 号

\_\_\_\_\_:

为调查了解\_\_\_\_\_，  
请于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_时到\_\_\_\_\_接受询问调查。  
依据《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条第一款的规定，你（  
单位）有如实回答询问、协助调查的义务。请携带以下材料：

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

如你（单位）委托其他人员接受询问调查的，委托代理人应提供  
授权委托书及委托代理人身份证明。

办案人员：\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

×××医疗保障局

（印章）

年 月 日

本文书一式\_\_\_\_份，\_\_\_\_份送达，一份归档，\_\_\_\_\_。



×××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：\_\_\_\_\_邮政编码：\_\_\_\_\_

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：\_\_\_\_\_。

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：\_\_\_\_\_

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



×××医疗保障局

## 案件处理审批表

申请事项					
案源					
案由					
当事人	个人	姓名		身份证号码	
	单位	名称			
		统一社会信用代码		法定代表人 (负责人)	
	联系地址			电话	
简要案情、 申请理由和 拟做出决定内容		<p style="text-align: right;">调查人员签名： 年 月 日</p>			
承办机构 负责人意见		<p style="text-align: right;">承办机构负责人签名： 年 月 日</p>			
法制机构 审核意见		<p style="text-align: right;">法制机构负责人签名： 年 月 日</p>			
机关负责人 审批意见		<p style="text-align: right;">机关负责人签名： 年 月 日</p>			

×××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，涉嫌违反了\_\_\_\_\_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》第三十七条第二款的规定，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\_\_\_\_\_。

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。）

×××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《行政处罚法》第三十七条第二款规定对《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》）作出如下处理：

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 \_\_\_\_\_ 医保障局或 \_\_\_\_\_ 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。）

×××医疗保障局

( )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: \_\_\_\_\_

主文书名称及发文字号: \_\_\_\_\_

执法人员及执法证编号: \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_

见证人姓名: \_\_\_\_\_身份证号: \_\_\_\_\_

物品清单:

编号	名称	规格(型号)	单位	数量	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,一份随证物备查,一份本机关留存。)

×××医疗保障局

## 查封（扣押/封存）决定书

\_\_\_\_\_ 医保查（扣/封）决字〔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。本机关认为，你（单位）涉嫌违反\_\_\_\_\_，根据\_\_\_\_\_的规定，现决定对你（单位）的有关场所、设施或物品（详见《查封（扣押/封存）物品清单》）予以查封（扣押/封存）。查封（扣押/封存）期限为自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。查封（扣押/封存）物品由\_\_\_\_\_负责保管，存放于\_\_\_\_\_，联系电话\_\_\_\_\_。

在查封（扣押/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/封存）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\_\_\_\_\_人民政府或\_\_\_\_\_医疗保障局申请行政复议；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/封存）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（扣押/封存）的场所、设施或物品备查，一份本机关留存。）

×××医疗保障局

## 延长查封（扣押/封存）决定书

\_\_\_\_\_ 医保延查（扣/封）通字〔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，本机关于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日向你（单位）送达《查封（扣押/封存）决定书》（文号\_\_\_\_\_），对\_\_\_\_\_进行查封（扣押/封存），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/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\_\_\_\_\_人民政府或\_\_\_\_\_医疗保障局申请行政复议；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

（注：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。）



×××医疗保障局

## 解除查封（扣押/封存）决定书

\_\_\_\_\_ 医保解（扣/封）决字〔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：\_\_\_\_\_

（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/封存）决定书》（文号\_\_\_\_\_）（以及于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，向你（单位）送达《延长查封（扣押/封存）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/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查封（扣押/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：解除查封（扣押/封存）物品清单

×××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。）

×××医疗保障局

## 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	患者姓名	身份证号	联系方式	拟（原）就诊病种	适用标准或规程	鉴定项目	备注

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：×××医疗保障局  
(公章)

年 月 日

受委托人：(机构名称)  
(公章)

年 月 日

×××医疗保障局

## 鉴定通知书

\_\_\_\_\_ 医保鉴通字〔20××〕第 号

\_\_\_\_\_ :

因调查处理\_\_\_\_\_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。

特此通知。

×××医疗保障局

(公章)

年 月 日

(本文书应按当事人和被鉴定人数量制发,当事人及每位被鉴定人都应逐一送达,另有一份随卷归档,一份本机关留存。)

×××医疗保障局

## 鉴定结论告知书

\_\_\_\_\_ 医保鉴（检）结论告字〔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）：\_\_\_\_\_

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\_\_\_\_\_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：鉴定报告复印件（报告编号：\_\_\_\_\_）

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书本文书应按当事人和被鉴定人数量制发，当事人及每位被鉴定人都应逐一送达，另有一份随卷归档，一份本机关留存。）

×××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\_\_\_\_\_，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  
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：\_\_\_\_\_

×××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。）

×××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：\_\_\_\_\_。

当事人上述行为违反了/构成了\_\_\_\_\_。

的规定/所指的违法行，依据\_\_\_\_\_。

\_\_\_\_\_的规定，  
应当予以\_\_\_\_\_处罚。

调查人员（签名）：

承办机构（部门、科室）负责人：

年 月 日

×××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	
法制部门负责人签名：	
年 月 日	



×××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: \_\_\_\_\_

案件调查人员汇报案件情况及拟处理意见: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

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

×××医疗保障局

## 行政处罚事先/行政处罚听证告知书

\_\_\_\_\_ 医保罚先/证告字〔20××〕第 号

(当事人姓名或者名称):

\_\_\_\_\_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 (说明裁量理由), 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》第三十二条的规定, 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《行政处罚法》第四十二条的规定, 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3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。

联系人: \_\_\_\_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_

×××医疗保障局

(公章)

年 月 日

(本文书一式三份, 一份归档, 一份送达当事人, 一份由本机关留存。)

×××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： \_\_\_\_\_

执法人员 1： \_\_\_\_\_ 执法证号： \_\_\_\_\_

执法人员 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

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： \_\_\_\_\_

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

×××医疗保障局

## 听证通知书

（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，本单位决定于\_\_\_\_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《中华人民共和国行政处罚法》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，应在听证举行前提交由你（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

（本文书一式二份，一份送达当事人，一份本机关留存，一份随卷存档。）

×××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）：\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

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

记录人签名：\_\_\_\_\_年 月 日

×××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依据: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

×××医疗保障局

## 行政处罚决定审批表

案件名称						
当事人基本情况	单位		地址			
	法定代表人		职务		邮编	
	个人		年龄		性别	
	所在单位		单位地址			
	家庭住址		联系电话		邮编	
涉嫌违法事实及处罚依据						
当事人的申辩意见						
承办人意见	承办人（签名）：_____、_____ 年 月 日					
部门负责人意见	部门负责人（签名）：					
机关负责人意见	机关负责人（签名）：					
备注						



×××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）：\_\_\_\_\_

主体资格证件名称及号码：\_\_\_\_\_

住所或地址：\_\_\_\_\_

（单位）法定代表人（主要负责人）：\_\_\_\_\_

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：\_\_\_\_\_

对当事人陈述、申辩或者听证意见的采纳情况及理由：\_\_\_\_\_

（可选）从轻、减轻、从重处罚的理由：\_\_\_\_\_

依据\_\_\_\_\_的规定，现责令你单位于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日前改正，并将结果函告我机关。改正内容及要求如下：\_\_\_\_\_

逾期不改正的，本机关将依据\_\_\_\_\_的规定，\_\_\_\_\_

□由于你（单位）上述行为违反了\_\_\_\_\_的  
相关规定，现依据\_\_\_\_\_，  
\_\_\_\_\_（罚款的金额，责令退回的医疗保险金的金额）  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

当事人应于收到本决定书之日起十五日内将罚款（和退回的医疗保险金）缴到：

收款银行：\_\_\_\_\_户名：\_\_\_\_\_。

账号：\_\_\_\_\_。

逾期不缴纳罚款的，依据《中华人民共和国行政处罚法》第五十一条第一项的规定，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医疗保障局或者\_\_\_\_\_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。

逾期不申请行政复议，不提起行政诉讼，又不履行本处理决定的，本机关将依法申请人民法院强制执行。

× × × 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，一份随卷归档。）

×××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）：\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

医疗保障局或者\_\_\_\_\_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。）

×××医疗保障局

## 当场行政处罚决定书

\_\_\_\_\_ 医保当罚字〔20××〕第 号

当事人（姓名或名称）：\_\_\_\_\_

主体资格证件名称及号码：\_\_\_\_\_

住所或住址：\_\_\_\_\_

（单位）法定代表人（主要负责人）：\_\_\_\_\_

执法人员：\_\_\_\_\_ 执法证号：\_\_\_\_\_

执法人员：\_\_\_\_\_ 执法证号：\_\_\_\_\_

经查：你（单位）于 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日 \_\_\_\_时，在（违法地点）

因 \_\_\_\_\_（行为方式）\_\_\_\_\_ 的行为，违反了（法律依据名称条款）

的规定，事实确凿。本机关执法人员当场向你（单位）告知了违法事实、依据、处罚内容和依法享有的权利，并听取了你（单位）的陈述和申辩（对此，你（单位）未作陈述和申辩）。

现依据\_\_\_\_\_（法律依据名称条款）\_\_\_\_\_ 我机关决定对你（单位）处以下行政处罚：

警告

罚款人民币 \_\_\_\_\_元整（大写）。

¥：\_\_\_\_\_。

罚款按下列方式缴纳：

符合《行政处罚法》第四十七条规定的情形，当场收缴。

自即日起十五日内将罚款交到收款银行：\_\_\_\_\_，

户名：\_\_\_\_\_ 账号：\_\_\_\_\_。

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，

每日按 罚款数额的百分之三加处罚款，并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\_\_\_\_\_医疗保障局或者\_\_\_\_\_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。当事人对本决定不服申请复议或者提起行政诉讼的，行政处罚不停止执行。

× × × 医疗保障局  
(公章)  
年 月 日

处罚地点：\_\_\_\_\_

当事人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

执法人员签名：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

执法人员签名：\_\_\_\_\_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）

×××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	
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	

×××医疗保障局

## 督促履行义务催告书

\_\_\_\_医保罚催字〔20××〕第 号

\_\_\_\_\_:

本机关已于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日向你(单位)作出《行政处罚决定书》(\_\_\_\_医保处字〔20××〕第 号),对你(单位)作出的以下处罚。

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

(印章)

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。)

×××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》（\_\_\_\_\_医保处字〔20××〕第\_\_\_\_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）

\_\_\_\_\_，\_\_\_\_\_，

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



×××医疗保障局

## 同意分期（延期）缴纳罚款通知书

\_\_\_\_\_ 医保缴准字〔20××〕号

\_\_\_\_\_:

本单位于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日向你(单位)作出《行政处罚决定书》(\_\_\_\_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。现根据《中华人民共和国行政处罚法》第五十二条的规定,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,本机关依据《中华人民共和国行政处罚法》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。

×××医疗保障局

(印章)

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。)

×××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

\_\_\_\_\_:

本单位于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日向你(单位)作出《行政处罚决定书》(\_\_\_\_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《中华人民共和国行政处罚法》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,本单位依据《中华人民共和国行政处罚法》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。

×××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。)

## 行政处罚强制执行申请书

\_\_\_\_\_ 医保强执申字〔20××〕第 号

\_\_\_\_\_ 人民法院：

本单位对 \_\_\_\_\_  
一案于 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日作出了《行政处罚决定书》（\_\_\_\_\_ 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，  
但当事人仍未履行。根据《中华人民共和国行政强制法》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）：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_ 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. 医疗保障局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:

× × × 医疗保障局

(印章)

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。)

×××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			
结案方式	<input type="checkbox"/> 自动履行 <input type="checkbox"/> 复议结案 <input type="checkbox"/> 诉讼结案 <input type="checkbox"/> 强制执行 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
结案结果	<input type="checkbox"/> 行政处罚决定执行完毕 <input type="checkbox"/> 案件终止调查 <input type="checkbox"/> 违法事实不能成立 <input type="checkbox"/> 移送司法机关 <input type="checkbox"/> 人民法院裁定终结执行 <input type="checkbox"/> 不予行政处罚 <input type="checkbox"/> 移送其他行政部门、经办机构 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
执法人员 结案意见	签名： 年 月 日		
办案机构 审核意见	签名： 年 月 日		
行政机关 负责人意见	签名： 年 月 日		

×××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	<input type="checkbox"/> 行政处罚 <input type="checkbox"/> 不予处罚 <input type="checkbox"/> 涉嫌犯罪移送司法机关 <input type="checkbox"/> 终止调查 <input type="checkbox"/> 责令改正违法行为 <input type="checkbox"/> 撤销案件 <input type="checkbox"/> 移送其他行政机关、经办机构 <input type="checkbox"/> 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

×××医疗保障局

## 卷内文件目录

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





