

# 四川省医疗保障基金监管行政执法规程

## 第一章 总则

**第一条** 为规范医疗保障部门行政执法程序，保障和监督医疗保障部门依法依规履行职责，维护医疗保障基金安全，保护公民、法人和其他组织的合法权益，依据《中华人民共和国行政处罚法》《中华人民共和国行政强制法》《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《社会救助暂行办法》《四川省行政执法监督条例》《医疗保障行政处罚程序暂行规定》等法律法规规章，结合实际，制定本规程。

**第二条** 本规程适用于四川省各级医疗保障行政部门对管辖范围内的定点医药机构、经办机构及工作人员、参保人员等单位和个人涉及医疗保障基金使用行为开展的行政检查、行政处罚、行政强制等行政执法。法律法规规章另有规定的，从其规定。

**第三条** 医疗保障行政部门实施行政执法，应当遵循公开、公正的原则，坚持预防与查处、处罚与教育相结合，做到事实清楚、证据确凿、程序合法、处罚适当，法律法规和规章适用正确，执法文书使用规范。全面实行医疗保障行政执法公示制度、行政执法全过程记录制度、重大行政执法决定法制审核制度。

**第四条** 上级医疗保障行政部门对下级医疗保障行政部门实施行政执法活动进行监督和指导。必要时，上级医疗保障行政部门可以对下级医疗保障行政部门办理的重大行政处罚案件进行督办。

**第五条** 各级医疗保障行政部门行政执法实行回避制度。执法人员与本案有直接利害关系或者可能影响本案公正处理的其他

关系，应当回避。当事人认为执法人员与本案有直接利害关系或者有其他关系可能影响公正执法的，有权申请执法人员回避。

医疗保障行政部门主要负责人的回避，由医疗保障行政部门集体讨论决定；医疗保障行政部门其他负责人的回避，由医疗保障行政部门主要负责人决定；其他有关人员的回避，由医疗保障行政部门负责人决定。

**第六条** 医疗保障行政部门实施行政执法，应当全面推行行政执法公示制度。按照“谁执法、谁公示；谁检查，谁公示；谁查处，谁公示”的原则，医疗保障行政执法机构应及时收集、整理录入和报送执法信息，并对信息的准确性、完整性、时效性负责。

医疗保障行政部门应当定期向社会公布医疗保障基金使用监督检查结果，加大对医疗保障基金使用违法案件的曝光力度，接受社会监督。

**第七条** 各级医疗保障行政部门可以依法委托符合法定条件的组织开展行政执法工作。行政强制措施权不得委托。

受委托组织在委托范围内，以委托行政机关的名义实施行政执法，不得再委托其他组织或者个人实施行政执法。

委托书应当载明委托的具体事项、权限、期限等内容。委托行政机关和受委托组织应当将委托书向社会公布。

委托行政机关对受委托组织实施行政执法的行为应当负责监督，并对该行为的后果承担法律责任。

**第八条** 医疗保障行政部门及参与案件办理的有关人员对调查过程中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私应当依法保密。

## 第二章 行政检查

**第九条** 县级以上医疗保障行政部门负责本行政区域内医保基金监督检查。异地就医行为由就医地医疗保障行政部门负责监督检查。

对跨区域的医疗保障基金使用行为，由共同的上一级医疗保障行政部门指定的医疗保障行政部门检查。

**第十条** 省、市级医疗保障行政部门组织的飞行检查、交叉检查等监督检查，行政执法人员可由省、市级医疗保障行政部门在本级区域内符合执法资格的人员中选取。检查结束后，应及时向当地医疗保障行政部门移交检查结果，并监督当地依法处理。

**第十一条** 医疗保障行政部门启动行政检查时，应填写《行政检查审批表》，并报行政部门负责人审核批准。审批表中包括下列事项：检查对象基本信息；任务来源；实施检查的行政执法人员信息；检查内容、方式、时间等；检查的法律、法规或者规章依据等等。

**第十二条** 鉴于提前告知检查对象可能影响检查效果，行政检查可不事先通知，在检查时现场向被检查对象出具《现场检查通知书》。检查通知书应当包括检查依据、检查时间安排、检查事项、检查人员名单、需要被检查单位（或个人）配合和协助的事项等内容。

**第十三条** 医疗保障行政部门实施监督检查时，监督检查人员不得少于两人，并出示执法证件，采取下列措施：

- （一）进入现场检查；
- （二）询问有关人员，并制作《现场检查笔录》；
- （三）要求被检查对象提供与检查事项相关的文件资料，并

作出解释和说明；

（四）采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式收集有关情况和资料；

（五）从相关信息系统中调取数据，要求被检查对象对疑点数据作出解释和说明；

（六）根据法律法规，对可能被转移、隐匿或者灭失的医保资料等予以封存；

（七）聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助开展检查；

（八）法律、法规规定的其他措施。

**第十四条** 定点医药机构涉嫌骗取医疗保障基金支出的，在调查期间，医疗保障行政部门可以采取增加监督检查频次、加强费用监控等措施，防止损失扩大。定点医药机构拒不配合调查的，医疗保障行政部门可要求医疗保障经办机构暂停医疗保障基金结算。经调查，属于骗取医疗保障基金支出的，按规定处理；不属于骗取医疗保障基金支出的，告知调查结果，并按照规定结算。

**第十五条** 参保人员涉嫌骗取医疗保障基金支出且拒不配合调查的，医疗保障行政部门可要求医疗保障经办机构暂停医疗费用联网结算。暂停联网结算期间发生的医疗费用，由参保人员全额垫付。经调查，属于骗取医疗保障基金支出的，按规定处理；不属于骗取医疗保障基金支出的，告知调查结果，并按照规定结算。

**第十六条** 检查结束后，检查人员应制作《现场检查报告》。发现被检查人或单位的行为存在瑕疵的，可以向被检查人或单位出具行政建议书，建议其对瑕疵予以整改、补救。在责令

改正的期限届满后，可以对被检查人或单位进行复查。发现被检查人或单位涉嫌违法的，应当审查决定是否立案。如果发现被检查人或单位的违法行为不在检查机关的主管范围内，应将违法行为线索移交至相关主管部门。

**第十七条** 监督检查结束后，检查人员应当认真收集、整理检查资料，将记录检查过程、反映检查结果、证实检查结论的各类文件、数据、资料等归入行政检查案卷。

### 第三章 行政强制

**第十八条** 医疗保障行政部门在行政执法过程中，对可能被转移、隐匿或者灭失的资料，可以实施法律、法规规定的行政强制措施。实施行政强制措施应当依照《中华人民共和国行政强制法》规定的程序进行，并当场交付实施行政强制措施决定书和清单。

**第十九条** 在证据可能灭失或者以后难以取得的情况下，医疗保障行政部门可以对与涉嫌违法行为有关的证据采取先行登记保存措施。采取或者解除先行登记保存措施，应当经医疗保障行政部门负责人批准。先行登记保存有关证据，应当场清点、开具先行登记保存证物清单，由当事人和执法人员签名或盖章，交当事人一份，并当场交付《先行登记保存决定书》。

情况紧急，需要当场采取先行保存措施的，执法人员应当在二十四小时内补办批准手续。医疗保障行政部门负责人认为不应当采取先行登记保存措施的，应当立即解除措施。

先行登记保存期间，当事人或者有关人员不得损毁、销毁或者转移证据。

**第二十条** 对于先行登记保存的证据，应当在七个工作日内

依照规定采取以下措施：

（一）根据情况及时采取记录、复制、拍照、录像等证据保全措施；

（二）可依法采取封存行政措施的，决定予以封存；

（三）违法事实不成立，或者违法事实成立但不予行政处罚的，决定解除先行登记保存措施。

采取上述第（二）至（三）措施，应当向当事人出具《先行登记保存证物处理决定书》和《先行登记保存处理清单》。逾期未采取相关措施的，先行登记保存措施自动解除。

**第二十一条** 采取或者解除封存措施的，应当经医疗保障行政部门负责人批准。情况紧急，需要当场采取封存措施的，执法人员应当在二十四小时内向医疗保障行政部门负责人报告，并补办批准手续。医疗保障行政部门负责人认为不应当采取行政强制措施，应当立即解除。

**第二十二条** 医疗保障行政部门实施封存的行政强制措施应由行政执法人员负责实施，其他人员不得实施，并当场交付封存决定书和清单。

**第二十三条** 封存的期限不得超过三十日；情况复杂的，经医疗保障行政部门负责人批准，可以延长，但是延长期限不得超过三十日。延长封存的决定应当及时书面告知当事人，并说明理由。

**第二十四条** 封存的资料应妥善保管，防止丢失、损毁、篡改和非法借阅；医疗保障行政部门可以委托第三人保管，第三人不得损毁、篡改或者擅自转移、处置。

**第二十五条** 有下列情形之一的，医疗保障行政部门应当及

时作出解除封存决定：

- （一）当事人没有违法行为；
- （二）封存的资料与违法行为无关；
- （三）对违法行为已经作出处理决定，不再需要封存；
- （四）封存期限已经届满；
- （五）其他不再需要采取封存措施的情形。

解除封存应当立即退还资料，出具解除封存决定书，并由执法人员和当事人在资料清单上签名或者盖章。

## **第四章 行政处罚**

### **第一节 管辖**

**第二十六条** 医疗保障违法案件由违法行为发生地的县级以上医疗保障行政部门查处。法律、行政法规另有规定，从其规定。

县级医疗保障行政部门负责查处本行政区域内的医疗保障违法使用医保基金行为。

省、市级医疗保障行政部门负责查处本级直接管辖的医疗保障违法行为和辖区内有多重影响的医疗保障违法行为。

上级医疗保障行政部门认为必要时，可以直接办理下级医疗保障行政部门管辖的案件。法律、行政法规、规章明确规定案件应当由上级医疗保障行政部门管辖的，上级医疗保障行政部门不得将案件交由下级医疗保障行政部门办理。

**第二十七条** 医疗保障异地就医的违法行为，由就医地医疗保障行政部门调查处理。仅参保人员违法的，由参保地医疗保障行政部门调查处理。

**第二十八条** 对当事人的同一违法行为，两个以上医疗保障

行政部门都有管辖权的，由先立案的医疗保障行政部门管辖。

两个以上医疗保障行政部门因管辖权发生争议，应当自发生争议之日起七个工作日内协商解决，协商不成的，报请共同的上一级医疗保障行政部门指定管辖；也可直接由共同的上一级医疗保障行政部门指定管辖。

## 第二节 立案

**第二十九条** 医疗保障行政部门对依据监督检查职权或者通过投诉举报、上级交办、经办机构移交或其他部门移送等途径发现的违法行为线索，应当自发现线索或者收到材料之日起十五个工作日内予以核查，特殊情况下，经医疗保障行政部门主要负责人批准后，可以延长十五个工作日。符合本规程第三十条规定立案条件的，应立案调查，并由行政执法人员填写《案件来源登记表》。

**第三十条** 立案应当同时符合下列条件：

- （一）属于本机关的法定职责和管辖范围；
- （二）有明确的违法嫌疑人和涉嫌违法的行为；
- （三）未超过行政处罚追溯时效。

**第三十一条** 启动行政处罚立案程序，应当由医疗保障行政执法人员填写《立案审批表》，报本级医疗保障行政部门负责人批准。在立案审批表中，应具体说明：案件来源、经核查确认的案由、涉嫌违法的事实和立案的法律依据。情况紧急、不立即查处可能对国家、公共利益造成难以弥补的损失，可以事后补报。

**第三十二条** 决定立案的，当事人是医疗机构或药品经营企业的，出具《立案通知书》，可抄送市场监督管理行政部门或卫生行政部门，提示市场监督管理行政部门或卫生健康行政部门防

止当事人恶意注销，可以要求医保经办机构暂停医保资金结算。如果案件来源为实名投诉举报的，应通知投诉举报人。

不予立案的，由行政执法人员填写《不予立案审批表》。如果案件来源为实名投诉举报的，应当通知投诉举报人；如果案件来源为上级机关交办或其他行政机关移交的，出具《不予立案告知书》反馈上级机关或其他行政机关。

### 第三节 调查取证

**第三十三条** 医疗保障行政部门应当对案件进行全面、客观、公正、及时的调查，依法充分收集认定案件事实的相关证据，确保证据的真实性、合法性和关联性。

**第三十四条** 医疗保障行政部门现场调查取证，行政执法人员不得少于两人，应当向当事人或者有关人员出示执法证件，并履行下列程序。

（一）登记调阅病历号和有关数据及票据、清点库存等，行政执法人员应当出具《调取证据材料通知书》，并填写《证据清单》。

（二）办案人员调查取证时，应当通知被查单位法定代表人或相关负责人到场，找不到负责人或者负责人拒不到场的，不影响调查的进行，办案人员应当制作《检查笔录》，载明时间、地点、事件等相关内容，并请见证人到场，由调查人员、被查人或者见证人逐页签名确认。

**第三十五条** 医疗保障行政部门在办理行政处罚案件时，确需其他医疗保障行政部门协助调查取证的，应当出具《协助调查函》。收到协助调查函的医疗保障行政部门应当予以协助，在接到协助调查函之日起十五日内完成相关工作。需要延期完成或者

无法协助的，应当在期限届满前告知提出协助调查请求的医疗保障行政部门。

**第三十六条** 医疗保障行政部门应当依法收集证据，填写《证据清单》。证据包括：书证、物证、视听资料、电子数据、证人证言、当事人陈述、鉴定（检验）意见、现场笔录、询问笔录等。

立案前核查或者行政检查过程中依法取得的证据材料，可以作为案件的证据使用。对于移送的案件，移送机关依职权调查收集的证据材料，可以作为案件的证据使用。符合法律、行政法规、规章关于证据的规定，并经查证属实的证据，才能作为认定案件事实的依据。

医疗保障行政部门可以指派或者聘请具有专门知识的人员作为辅助办案人员，对案件关联的视听资料、电子数据等进行调查取证。

**第三十七条** 收集调取的书证、物证应当是原件、原物。调取原件、原物有困难的，可以提取复制件、影印件、抄录件，也可以拍摄或者制作足以反映原件、原物外形或者内容的照片、录像，由证据提供人核对无误后标明“经核对与原件、原物一致”字样，并注明出证日期、证据出处，同时签名或盖章。

办案人员可以利用医保及相关信息系统、互联网监管执法平台或者设备收集、固定违法行为证据，收集、调取的视听资料和电子数据应当是有关资料的原始载体。调取视听资料和电子数据原始载体有困难的，可以采取拷贝复制、委托分析、拍照录像等方式取证，填写《电子数据调取制作登记表》并注明制作方法、

制作时间、制作人等，由原始载体持有人签名或盖章，保证所收集、固定电子数据的真实性、完整性。

**第三十八条** 办案人员可以询问当事人及其他有关单位和个人。询问应当个别进行，并制作《询问笔录》，询问笔录应当交被询问人核对；对阅读有困难的，应当向其宣读。笔录如有差错、遗漏，应当允许其更正或补充。涂改部分应当由被询问人签名或盖章。经核对无误后，由被询问人在笔录上签名、盖章或者以其他方式确认。办案人员应当在笔录上签名。

**第三十九条** 有下列情形之一的，经医疗保障行政部门负责人批准，中止案件调查，制作《中止调查通知书》：

（一）行政处罚决定须以相关案件的裁判结果或者其他行政决定为依据，而相关案件尚未审结或者其他行政决定尚未作出的；

（二）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的；

（三）因不可抗力致使案件暂时无法调查的；

（四）因当事人下落不明致使案件暂时无法调查的；

（五）其他应当中止调查的情形。

中止调查的原因消除后，应当立即恢复案件调查。

**第四十条** 涉嫌违法的自然人死亡或者法人、其他组织终止，并且无权利义务继受人，致使案件调查无法继续进行的，经医疗保障行政部门负责人批准，案件终止调查。

**第四十一条** 案件调查终结，案件承办机构应当撰写《调查终结报告》。调查报告中应当包括：（一）当事人的基本情况；

（二）案件来源、调查经过以及采取行政措施的情况；（三）调

查认定的事实及主要证据；（四）违法行为的性质；（五）处理意见及依据；（六）其他需要说明的事项。

#### **第四节 陈述、申辩与听证**

**第四十二条** 医疗保障行政部门作出行政处罚决定前，应当向当事人送达《行政处罚事先告知书》，告知当事人拟作出行政处罚决定的事实、理由及依据，并告知当事人依法享有陈述权、申辩权。

医疗保障行政部门必须充分听取当事人的陈述、申辩意见，对当事人提出的事实、理由和证据进行复核，制作陈述、申辩笔录，当事人提出的申辩事实、理由或者证据成立的，医疗保障行政部门应当予以采纳；不予采纳的，应当说明理由。不得因当事人陈述、申辩或者申请听证而加重行政处罚。

**第四十三条** 医疗保障行政部门拟作出的行政处罚属于听证范围的，应当告知当事人有要求举行听证的权利。当事人要求听证的，医疗保障行政部门应当出具《听证通知书》，并依据《行政处罚法》规定的程序举行听证，制作听证笔录。当事人自行政处罚听证通知书送达之日起五个工作日内，未申请听证，视为主动放弃此权利。

听证主持人应当在听证会结束后，根据听证笔录制作《听证报告》，并将听证笔录和听证报告随案件其他材料一并报送法制审核部门。听证报告应当载明听证会的基本情况以及听证主持人的处理意见或者建议。

#### **第五节 法制审核**

**第四十四条** 案件承办机构应当将拟作出的重大行政执法决

定与《法制审核意见表》《调查终结报告》《案件处理审批表》等案件材料一并提交法制审核。

**第四十五条** 法制审核由医疗保障行政部门承担法制监督职能的内设机构（以下简称法制机构）负责实施，办案人员不得作为审核人员。法制机构应当根据相关法律、法规的规定，对案件提出审核意见，法制机构完成审核后应当将案件材料交还案件承办机构。

法制机构审核内容包括：是否符合立案条件、行政执法主体是否合法、行政执法人员是否具备执法资格、是否超越本部门法定权限、行政执法程序是否合法、违法主体认定是否正确、案件事实是否清楚、证据是否充分、适用法律法规及规章是否正确、处理建议是否适当、裁量权基准运用是否恰当、行政执法文书是否完备规范、违法行为是否涉嫌犯罪需要移送司法机关、应当审核的其他内容。

**第四十六条** 法制机构收到相关资料后，应在十个工作日内审核完毕，并将《法制审核意见表》和相关材料一并交还办案机构。特殊情况需要延长的，经法制机构负责人批准后可延长十个工作日，但不得超过法定时限要求。

**第四十七条** 法制机构作出的继续调查、变更、纠正意见建议合法合理的，案件承办机构应在补充调查、纠正后重新履行送审程序。

**第四十八条** 一般行政处罚决定应当在法制审核通过后，由案件承办机构报本机关负责人批准。医疗保障行政部门拟作出较大数额罚款、没收较大数额违法所得、解除协议等较重的行政处

罚决定的案件，情节复杂、有重大社会影响或涉及重大安全问题的案件，法制审核部门与案件承办机构意见不一致的案件，以及其他医保行政部门负责人认为应当集体讨论的案件，应当由医疗保障行政部门集体讨论决定。

集体讨论应制作《案件集体讨论记录》，经参加讨论人员确认签字，存入案卷。

**第四十九条** 上级医疗保障行政部门对下级医疗保障行政部门因案件管辖或者法律法规规定应当报请决定的案件，由法制机构组织审核，并报请医疗保障行政部门负责人决定。

## 第六节 作出结论

**第五十条** 调查终结后，案件承办机构视情况分别作出以下结论，并将案件材料、调查终结报告、拟作出的决定报请医疗保障行政部门负责人审查。

（一）违法事实不成立，或违法行为依法可以不予行政处罚的，不予行政处罚，制作《不予行政处罚决定书》。

（二）确有依法应当给予行政处罚的违法行为的，根据情节轻重及具体情况，作出行政处罚决定，制作《行政处罚决定书》，决定书应包含责令当事人对违法行为进行限期整改的内容。

（三）所查处的案件属于其他医疗保障行政部门或其他行政管理部门主管的，应当依法移送。

（四）违法行为涉嫌犯罪的，应当依法将案件按照有关规定移交公安机关。

**第五十一条** 案件应当自立案之日起九十日内作出处理决定。因案情复杂或者其他原因，不能在规定期限内作出处理决定

的，经医疗保障行政部门负责人批准，可以延长三十日。

案情特别复杂或者有其他特殊情况，经延期仍不能作出处理决定的，应当由医疗保障行政部门集体讨论决定是否继续延期，决定继续延期的，应当同时确定延长的合理期限，但最长不得超过六十日。

案件处理过程中，检测检验、鉴定、听证、公告和专家评审时间不计入前款所指的案件办理期限。

## 第七节 送达与执行

**第五十二条** 医疗保障行政部门送达行政处罚决定书应当在宣告后交付当事人，并填写《送达回执》，由当事人在送达回证上注明签收日期，并签名或者盖章，当事人在送达回证上注明的签收日期为送达日期。

当事人不在场的，应当在七日内按照以下方式将行政处罚决定书送达当事人。

（一）直接送达的，受送达人是自然人的交其同住成年家属签收；受送达人是法人或者其他组织的交由法人的法定代表人、其他组织的主要负责人或相关负责人签收；受送达人已向医疗保障行政部门指定代理人或代收人的，交由其代理人或代收人签收。送达回证上签收的日期为送达日期。

（二）受送达人或者其同住成年家属拒绝签收的，医疗保障行政部门可以邀请有关基层组织或者所在单位的代表到场，说明情况，在送达回证上载明拒收事由和日期，由送达人、见证人签名或者以其他方式确认，将执法文书留在受送达人的住所；也可以将执法文书留在受送达人的住所，并采取拍照、录像等方式记

录送达过程，即视为送达。

（三）直接送达有困难的，可以向受送达人住址、住所、经营场所或其书面确认的地址邮寄送达或者委托当地医疗保障行政部门代为送达。邮寄送达的，以回执上注明的收件日期为送达日期；委托送达的以签收日期为送达日期。

（四）除行政处罚决定书外，经受送达人同意，可以采用手机短信、传真、电子邮件、即时通讯账号等能够确认其收悉的电子方式送达执法文书，医疗保障行政部门应当通过拍照、截屏、录音、录像等方式予以记录，手机短信、传真、电子邮件、即时通讯信息等到达受送达人特定系统的日期为送达日期。

（五）受送达人下落不明或者采取上述方式无法送达的，可以在医疗保障行政部门公告栏和受送达人住所地张贴公告，也可以在报纸或者医疗保障行政部门门户网站等刊登公告。自公告发布之日起经过六十日，即视为送达。公告送达，应当在案件材料中载明原因和经过。在医疗保障行政部门公告栏和受送达人住所地张贴公告的，应当采取拍照、录像等方式记录张贴过程。

（六）医疗保障行政部门可以要求受送达人签署《送达地址确认书》，送至受送达人确认的地址，即视为送达。受送达人送达地址发生变更的，应当及时书面告知医疗保障行政部门；未及时告知的，医疗保障行政部门按原地址送达，视为依法送达。因受送达人提供的送达地址不准确、送达地址变更未书面告知医疗保障行政部门，导致执法文书未能被受送达人实际接收的，文书退回之日视为送达之日。

**第五十三条** 当事人应当在行政处罚决定书载明的期限内予

以履行。

当事人确有经济困难，需要暂缓或者分期缴纳罚款的，应当提出申请。经医疗保障行政部门负责人批准，同意当事人暂缓或者分期缴纳罚款的，医疗保障行政部门出具《同意分期（暂缓）缴纳罚款通知书》，书面告知当事人暂缓或者分期的期限以及罚款金额。

当事人逾期不履行行政处罚决定、不缴纳罚款的，医疗保障行政部门可每日按罚款数额的百分之三加处罚款，加处罚款前应告知当事人。加处罚款的数额不得超出罚款的数额。

当事人申请行政复议或者提起行政诉讼的，加处罚款的数额在行政复议或者行政诉讼期间不予计算。

**第五十四条** 当事人未履行行政处罚决定义务的，医疗保障行政部门应当依法履行督促指导义务，出具《督促履行义务催告书》。依法进行复查的，应当制作《责令改正情况复查记录》。

催告书送达后当事人仍未履行义务的，可以在法定期限届满之日起三个月内，制作《行政处罚强制执行申请书》，依法向有管辖权的人民法院申请强制执行。

当事人对行政处罚决定不服申请行政复议或提起行政诉讼的，行政处罚不停止执行，法律另有规定的除外。

**第五十五条** 退回的医疗保障基金按规定退回原医疗保障基金财政专户；罚款、没收的违法所得依法上缴国库。

违法行为构成犯罪，人民法院处罚金时，医疗保障行政部门已经给予当事人罚款的，应当折抵相应罚金；医疗保障行政部门尚未给予当事人罚款的，不再罚款。

## 第八节 结案归档

**第五十六条** 适用一般程序的行政处罚案件有以下情形之一的，案件承办机构应当在十五个工作日内填写《结案审批表》，经医疗保障行政部门负责人批准后，予以结案：

- （一）行政处罚决定执行完毕的；
- （二）人民法院依法受理医疗保障行政部门对行政处罚决定提出的强制执行申请的；
- （三）案件终止调查的；
- （四）作出不予行政处罚决定的；
- （五）其他应予结案的情形。

**第五十七条** 结案后，办案人员应当将案件材料按照档案管理有关规定立卷归档。案卷归档应当一案一卷、材料齐全、规范有序。医疗保障行政部门应当对行政处罚的立案调查、审核决定、送达执行等程序通过文字、音像等方式进行全过程记录，随卷归档保存。

**第五十八条** 行政处罚案卷可以分正卷、副卷。

正卷按照下列顺序归档：（一）立案审批表；（二）行政处罚决定书及送达回证；（三）对当事人制发的其他法律文书及送达回证；（四）证据材料；（五）听证笔录；（六）资料处理单据；（七）其他有关材料。

副卷按照下列顺序归档：（一）案源材料；（二）案件调查报告；（三）审核意见；（四）听证报告；（五）结案审批表；（六）其他有关材料。

案卷的保管和查阅，按照档案管理的有关规定执行。

## 第五章 附 则

**第五十九条** 期间以时、日、月计算，期间开始的时或者日不计算在内。期间不包括在途时间。期间届满的最后一日为法定节假日的，以法定节假日后的第一日为期间届满的日期。

**第六十条** 本规程中的“以上”“内”均包括本数。

**第六十一条** 行政执法参考文书样式，由四川省医疗保障局统一制定。各级医疗保障行政部门可以参照文书样式，制定本行政区域适用的行政执法文书格式并自行印制。

**第六十二条** 本规程自 2021 年 7 月 15 日起施行，有效期 5 年。

# 行政执法委托书

委托机关：

受托组织：

地址：

地址：

法定代表人：

法定代表人：

根据《社会保险法》《医疗卫生与健康促进法》《中华人民共和国行政处罚法》和《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律规范的规定，委托方现将有关行政执法事项和权限交受托组织实施。具体如下：

一、委托事项(权限)：(包括行政处罚、行政检查。委托事项必须明确具体，切忌笼统的描述。明确按照行权清单的事项填写，不要加入“其他”之类的兜底)

二、委托机关职权依据：(委托机关行政执法权的法律、法规和规章依据。)

三、委托期限：(一般不超过5年。委托权限在委托期限内有效。)

四、委托权限的管辖范围：(不能超过受托组织所管理的行政区域范围。)

五、受托组织的义务：(受托组织应当以委托机关的名义在委托权限范围内依法办理委托事项，定期向委托机关报告上述事项的办理情况，并接受委托机关的监督。受托组织不得将委托事项转委托第三方。)

六、法律责任：(委托机关对受托组织在委托范围内的行政执法行为后果承担法律责任；委托机关有权对受托组织违法或者不当的行政执法行为予以纠正；委托单位就受托组织的执法行为，对外承担相应责任后，可以依法追究受托组织责任。)

委托机关(盖章)：

受委托组织(盖章)：

法定代表人(签名)：

法定代表人(签名)：

年 月 日

年 月 日

(本文书一式三份，委托双方各执一份，一份报委托机关的同级人民政府司法行政部门备案。)

# × × × 医疗保障局

## 行政检查审批表

案件来源	<input type="checkbox"/> 举报投诉 <input type="checkbox"/> 上级交办 <input type="checkbox"/> 其他机关移送 <input type="checkbox"/> 日常监督检查 <input type="checkbox"/> 其他				
检查对象	个人	姓名		身份证号码	
	单位	名称		法定代表人	
	位	统一社会信用代码			
	住址/住所			联系电话	
检查时间					
检查内容					
检查依据					
承办机构意见	承办机构负责人签名： _____ 年 月 日				
主管机关意见	机关负责人签名： _____ 年 月 日				

# × × × 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	<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"/> 舆情分析 <input type="checkbox"/> 其他				
案源提供者	检查人员	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。

# × × × 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	<input type="checkbox"/> 来信 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 来电 <input type="checkbox"/> 来访	
投诉举报人	姓名		身份证号	
	联系电话		住址	
投诉 举报 内容	<p>接报人签名：</p> <p>年 月 日</p>			
备注				

注：对于投诉举报人信息，应当保密。

## × × × 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;">核查人员: 年 月 日</p>				
执法部门负责人意见	<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;">执法部门负责人: 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。

× × × 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

## 不予立案告知书

\_\_\_\_\_ 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。

× × × 医疗保障局

(公章)

年 月 日

( 本文书一式三份，一份送达上级交办机关或移送机关或投诉举报人，一份随卷归档，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

案由		立案号	
受送达人填写送达地址确认书的告知事项	<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；</p> <p>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。</p> <p>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；</p> <p>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；</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	<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		
受送达人对自己送达地址的确认	<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>		
执法人员签名	<p>_____</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p>		
备注			

**XXX医疗保障局**  
**电子数据调取制作登记表**

视听资料/电子数据(附照片或光盘)					
制作过程说明					
当事人	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	
取证人					
取证地点					
取证时间	年 月 日 时 分				
证明对象或证明内容					

检查人员签字: \_\_\_\_\_ 执法证号: \_\_\_\_\_ 年\_\_月\_\_日

检查人员签字: \_\_\_\_\_ 执法证号: \_\_\_\_\_ 年\_\_月\_\_日

当事人/见证人签字: \_\_\_\_\_ 年\_\_月\_\_日

# × × × 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。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**  
**现场检查通知书**

\_\_\_\_\_ 医保检通字〔20××〕第 号

\_\_\_\_\_ :

根据\_\_\_\_\_规定，兹指派下列人员于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，对你（单位）进行检查，检查范围和主要内容是\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_，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。

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。

检查组组长及其执法证号：\_\_\_\_\_

检查组成员及其执法证号：\_\_\_\_\_

联系人：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

特此通知。

× × × 医疗保障局

（公章）

年 月 日

被检查人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

联系人：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

（本文书一式三份，一份送达被检查人，一份承办机构留存，一份随卷归档。）

# × × × 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

## 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			
		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、申请理由和拟做出决定内容		调查人员签名: 年 月 日			
承办机构负责人意见		承办机构负责人签名: 年 月 日			
法制机构审核意见		法制机构负责人签名: 年 月 日			
机关负责人审批意见		机关负责人签名: 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: 从本文书生效之日起到\_\_\_\_\_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)

年 月 日

# × × × 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，请在期限届满前函告本机关。望支持为  
盼！

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》第五十六条和《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. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

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**  
**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： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_。

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, 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

# × × × 医疗保障局

## 现场检查报告

被检单位名称		被检单位负责人	
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			
被检单位 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。资料来源于被检单位提供的业务、财务信息及有关资料。本报告必须保密。

# × × × 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: \_\_\_\_\_

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。

× × × 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。 )

× × × 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。

× × × 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。)

**× × × 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《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。）

# × × × 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》第五十六款规定对《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\_\_\_\_\_医疗保障局或\_\_\_\_\_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**  
**先行登记保存证物/处理清单**

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。）

**× × × 医疗保障局**  
**封存决定书**

\_\_\_\_\_ 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。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）的有关资料予以封存（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）不得擅自使用、销售、转移、损毁、隐匿封存清单所列资料。

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：封存资料清单

× × × 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，一份随封存的资料备查，一份本机关留存。）

# × × × 医疗保障局

## 延长封存决定书

\_\_\_\_\_ 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，本机关于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日向你（单位）送达《封存决定书》（文号\_\_\_\_\_），对\_\_\_\_\_进行查封（扣押），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

（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**  
**解除封存决定书**

\_\_\_\_\_ 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：\_\_\_\_\_

（单位）法定代表人（负责人）：\_\_\_\_\_

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《延长封存期限决定书》（文号\_\_\_\_\_）），对\_\_\_\_\_等资料进行封存，存放于\_\_\_\_\_。

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）的资料，请你（单位）于\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日前凭本决定书及解除封存资料清单到\_\_\_\_\_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

× × × 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**  
**(解除)封存资料清单**

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,一份随封存资料备查,一份由本机关留存。 )





**× × × 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《行政处罚法》第四十五条的规定, 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》第六十三条的规定, 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： \_\_\_\_\_

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

二、告知当事人依法享有的权利

根据《行政处罚法》第四十五条，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



# × × × 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》第六十四条的规定, 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: \_\_\_\_\_

× × × 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。)

# × × × 医疗保障局

## 听证公告

\_\_\_\_\_ 医保听公字〔20××〕第 号

根据《行政处罚法》第六十四条以及\_\_\_\_\_(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。)

# XXX医疗保障局

## 听证笔录

案件名称: \_\_\_\_\_

案由: \_\_\_\_\_

听证时间: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_时\_\_\_\_分

听证地点: \_\_\_\_\_听证方式: \_\_\_\_\_

听证主持人: \_\_\_\_\_工作单位及职务: \_\_\_\_\_

听证员(2-4名): \_\_\_\_\_工作单位及职务: \_\_\_\_\_

书记员: \_\_\_\_\_工作单位及职务: \_\_\_\_\_

翻译人员: \_\_\_\_\_工作单位及职务: \_\_\_\_\_

案件调查人: \_\_\_\_\_工作单位及职务: \_\_\_\_\_

案件调查人: \_\_\_\_\_工作单位及职务: \_\_\_\_\_

### 一、当事人基本情况

当事人: \_\_\_\_\_法定代表人(负责人): \_\_\_\_\_性别: \_\_\_\_\_

工作单位: \_\_\_\_\_职务或职业: \_\_\_\_\_身份证号: \_\_\_\_\_

住址(住所): \_\_\_\_\_联系电话: \_\_\_\_\_

与当事人关系: \_\_\_\_\_

其他参加人: \_\_\_\_\_身份证号/统一信用代码: \_\_\_\_\_

住址(住所): \_\_\_\_\_联系电话: \_\_\_\_\_

### 二、告知事项

1. 听证双方参加人应听从听证主持人的主持;
2. 听证双方参加人应相互尊重, 使用文明语言, 不得进行人身攻击。为保证听证顺利进行, 双方要求发言或要求打断对方发言, 应征得主持人同意;
3. 旁听人不得发言、提问, 如对听证会有意见, 可在听证会后提出;
4. 不准鼓掌, 不准吵闹喧哗和进行其他妨碍听证的行为;
5. 未经主持人许可, 不准随意录音、录像、拍照;

6. 不准吸烟、饮食，不得随意走动或进出听证会场，请会场内人员关闭通讯设备；

7. 对违反听证纪律的旁听人员，听证主持人有权劝告、制止；不听劝阻的，主持人可以指令维持秩序人员责令其退出会场。对当场发现的录音、录像设备代为保管；

8. 案件调查人员违反听证纪律不听劝阻的，主持人将报告上级给予纪律处分；当事人及其代理人违反听证纪律不听劝阻，致使听证无法正常进行的，主持人可宣布听证终结。

### 三、听证请求

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 四、调查情况、行政处罚建议及依据

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

听证申请人（委托代理人）签字：\_\_\_\_\_

(续/尾页)

五、当事人陈述、申辩，其他参加人的陈述

---

---

---

---

---

---

六、调查人、当事人、其他参加人举证质证

---

---

---

---

---

---

七、辩论意见及最后陈述

---

---

---

---

---

---

听证申请人（委托代理人）：签上述听证笔录内容已阅，记录属实。

签名或盖章、年月日（拒绝签字的，注意拒签事由）。

其他参加人（签名）：	年	月	日
案件调查人（签名）：	年	月	日
听证主持人（签名）：	年	月	日
听证员（签名）：	年	月	日
书记员（签名）：	年	月	日





**XX医疗保障局**  
**行政决定法制审核表**

案 由			
立案日期			
当事人			
承办机构		送审日期	
是否告知当事人拟作出的决定及法定权利	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否听取陈述申辩/听证，并复核	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
承办人意见及依据	承办人： 年 月 日		
承办机构意见	签名： 年 月 日		
法制机构审核意见	审核要点： 1. 立案依据是否成立； 2. 执法主体资格及执法程序； 3. 认定的事实是否有足够的证据支撑； 4. 法律适用及行政裁量权的行使； 5. 其他依法应当审核的事项。		

**× × × 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，责令退回的医疗保障基金的金额）

当事人应于收到本决定书之日起十五日内将罚款（和退回的医疗保障基金）缴到：

收款银行：\_\_\_\_\_户名：\_\_\_\_\_

账号：\_\_\_\_\_

逾期不缴纳罚款的，依据《行政处罚法》第七十二条第一项的规定，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，一份由本机关留存，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  
行政建议书

\_\_\_\_\_ 医保建字〔20××〕第 号

\_\_\_\_\_ :

本机关于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日对你（单位）进行了现场检查，检查情况如下：\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, 其中，你（单位）存在\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_的问题。针对上述问题，本机关根据  
规定，现对你（单位）提出如下建议：\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, 上述建议请你（单位）依据  
XX管理制度执行。

联系人: \_\_\_\_\_

联系电话: \_\_\_\_\_

特此通知。

× × × 医疗保障局

(公章)

年 月 日

被检查人（签字或盖章）: \_\_\_\_\_ 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

联系人: \_\_\_\_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_

(本文书一式三份，一份送达，一份检查机关留存，一份随卷归档。)

**× × × 医疗保障局**  
**案件移送函**

\_\_\_\_\_ 医保移字〔20××〕第 号

\_\_\_\_\_:

\_\_\_\_\_一案/违法线索，在调查中发现  
现 \_\_\_\_\_，根据  
规定，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本机关。

附件：证据材料

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

联系人：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

× × × 医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达受移送机关，一份随卷归档，一份本机关留存。）

**× × × 医疗保障局**  
**涉嫌犯罪案件移送函**

\_\_\_\_\_ 医保涉移字〔20××〕第 \_\_\_\_\_ 号

\_\_\_\_\_:

本机关于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日对\_\_\_\_\_一案立案调查，在调查中发现\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_。根据《行政处罚法》第二十七条、《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，并书面通知本机关，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〔 \_\_\_\_\_ 〕号《涉嫌犯罪案件移送函》已于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日收到。

（公章）

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

## 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，一份本机关留存。）

× × × 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	

**× × × 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》(\_\_\_\_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。本机关根据《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。)

# × × × 医疗保障局

## 分期（暂缓）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\_\_\_\_\_元  
（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：

暂缓至\_\_\_\_\_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（暂缓）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》(\_\_\_\_  
\_\_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 暂缓/分期 缴纳罚款。现根据《行政处罚法》  
第六十六的规定, 同意你(单位):

暂缓缴纳罚款。缓缴期限至\_\_\_\_\_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《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。

× × × 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。)

**× × × 医疗保障局**  
**不予分期（暂缓）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\_\_\_\_日申请暂缓/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》第六十六条的规定, 不同意你(单位)  
暂缓/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。

× × × 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。)

**× × × 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:	

**× × × 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。

医疗保障行政部门负责人签名:

× × × 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。)

# × × × 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"/> 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				

# × × × 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: