

四川省医疗保障基金监管行政执法规程

(征求意见稿)

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》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负责人集体讨论决定；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 管 辖

第七条 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、行政法规另有规定的除外。

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重大影响的医疗保障违法行为。

省、市级医疗保障行政部门组织的飞行检查、交叉检查等行政监督检查，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，应及时向当地移交检查结果，并监督当地医疗保障行政部门依法处理。

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。

第八条 异地就医实行就医地监管，发现参保人员违法的要及时移交参保地医疗保障行政部门进行处理。涉及多个统筹地区的医疗保障基金使用违法行为，由省医疗保障行政部门牵头组织调查或者指定统筹区医疗保障行政部门处理。

对跨区域的医疗保障基金使用违法行为，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调查处理。

第九条 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，案情重大、复杂的案件协商解决时限一般不超过十五个工作日。协商不成的，报请共同的上一级医疗保障行政部门查处。

第十条 医疗保障行政部门发现所查处的案件属于其他行政管理部门管辖的，应当依法依规移交相关部门。

第十一条 医疗保障行政部门发现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。

第十二条 医疗保障行政部门发现单位、公职人员和党员涉嫌违纪或者职务违法、职务犯罪的问题线索，应当将案件按照有关规定移送各级派驻纪检监察组或纪检监察机关。

第三章 行政监督检查

第十三条 医疗保障行政部门启动行政监督检查时，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。

第十四条 鉴于提前告知检查对象可能影响检查效果，行政监督检查通常不事先通知，而是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。

第十五条 医疗保障行政部门实施行政监督检查时，监督检查人员不得少于2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）对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存；
- （六）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；
- （七）法律、法规规定的其他措施。

第十六条 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。

第十七条 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。

第十八条 检查结束后，检查人员应制作《现场检查报告》。发现被检查人的行为存在瑕疵的，可以向被检查人出具行政建议书，建议其对瑕疵予以整改、补救。在责令改正的期限届满后，可以对被检查人进行复查。发现被检查人涉嫌违法的，应当审查决定是否立案。如果发现被检查人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。

第四章 立 案

第十九条 医疗保障行政部门通过日常行政监督检查、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符合本规程第二十条规定立案条件的，应立案调查，并由行政执法人员填写《案件来源登记表》。

第二十条 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) 有初步确认的违法嫌疑对象;
- (三) 有涉嫌违法行为;
- (四) 未超过行政处罚追溯时效, 确有必要调查处理的。

上级医疗保障行政部门对下级医疗保障行政部门办理重大行政处罚案件进行督办的, 或上级医疗保障部门指定管辖的案件不受本条第(一)项限制。

第二十一条 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, 应说明核查情况及立案理由, 具体包括: 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。

行政执法人员在日常监管或检查中发现的违法行为, 可以不经核查程序。投诉举报线索, 通常需要核查。上级机关交办或其他机关移送的, 由负责人视移送或交办同时移交的案卷材料情况确定是否需要核查。

第二十二条 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行政部门防止当事人恶意注销, 可以要求医保经办机构停止继续拨付医保资金。如果案件来源为实名投诉举报的, 还应通知投诉举报人。

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。

第五章 调查取证

第二十三条 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。

第二十四条 行政部门现场调查取证，行政执法人员不得少于两人，向当事人或者有关人员出示执法证件，应当履行下列程序。

（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）执法人员调查取证时，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，执法人员应当制作《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。

（三）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15个工作日内完成相关工作。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。

第二十六条 行政执法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，辅助调查人员对案件关联的视听资料、电子数据等进行调查取证。

第二十七条 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。

调查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。

第二十八条 执法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。执法人员应当在笔录上签名。

第二十九条 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）需要检测检验、鉴定的，送交鉴定、检验；

（三）依据有关法律、法规规定可以采取封存等行政措施的，采取行政强制措施；

（四）违法事实不成立，解除先行登记保存措施。

采取上述第（二）至（四）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。

第三十条 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，出具《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。

第三十一条 涉嫌违法的自然人死亡或者法人、其他组织终止，并且无权利义务继承人，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。

第三十二条 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）其他需要说明的事项。

第六章 作出结论

第三十三条 医疗保障行政部门将案件材料、调查终结报告、审核意见报请医疗保障行政部门负责人审查后，视情形分别

作出以下决定：

（一）违法事实不成立，或违法行为依法可以不予行政处罚情形的，不予行政处罚，行政执法部门应当出具《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，出具《行政处罚决定书》，并加盖本部门印章，同时责令当事人对违法行为进行限期整改。

（三）当事人未履行行政处罚决定义务的，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》。行政部门依法进行复查的，应当制作《责令改正情况复查记录》。

（四）违法行为不属于医疗保障行政职权范围内的，医疗保障行政部门按照第十条的规定移送。

（五）违法行为涉嫌犯罪的，医疗保障行政部门按照第十二条规定将案件线索移送司法机关。

第三十四条 医疗保障行政处罚决定应当在自立案之日起九十日内作出。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，可以延长三十个工作日。案情特别复杂或者有其他特殊情况，经延期仍不能作出结论的，应当由医疗保障行政部门负责人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。

案件处理过程中，中止、听证、公告和检测检验、鉴定的时间不计入前款所指的案件办理期限。

移交的案件，案件办理期限自接收部门立案之日起计算。

第七章 陈述、申辩与听证

第三十五条 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，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。

第三十六条 医疗保障行政部门作出暂停或解除协议、较大数额罚款等重大行政处罚决定之前，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。

第八章 法制审核

第三十七条 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。

第三十八条 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，调查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。

第三十九条 法制机构应在 15 个工作日内提出审核意见，并将《法制审核意见表》和相关材料一并交还办案机构。要求案件承办机构补充材料的时间不计入审核期间。

第四十条 案件承办机构将拟作出的行政处理决定报本机关负责人批准，并告知当事人。一般行政处罚决定应当由行政部门负责人批准。医疗保障行政部门实施暂停或解除协议、较大数额罚款等重大行政处罚决定前，应当由行政部门负责人集体讨论决定，集体讨论应制作《案件集体讨论记录》。

对于有重大社会影响或涉及重大安全问题的案件，调查处理意见与审核意见有重大分歧的案件，以及其他医疗保障行政部门负责人认为应当集体讨论的案件，也可由行政部门负责人集体讨论决定。

第四十一条 法制机构作出的继续调查、变更、纠正意见建

议,合法合理的,应在案件承办机构补充调查、纠正后重新履行送审程序。

第四十二条 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。

第九章 送达与执行

第四十三条 行政处罚决定依法作出后,当事人应当在行政处罚决定书载明的期限内予以履行。

(一)当事人确有经济困难,需要暂缓或者分期缴纳罚款的,应当提出书面申请。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。

(二)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。

(三)当事人在法定期限内不申请行政复议或者提起行政诉讼,又不履行处罚决定的,医疗保障行政部门应当催告当事人履行义务。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。

第四十四条 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。

第四十五条 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。

第四十六条 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。违法行为构成犯罪的，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。

第十章 结案归档

第四十七条 适用一般程序的案件有以下情形之一的，办案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）人民法院裁定终结执行的；
- （三）案件终止调查的；
- （四）作出不予行政处罚决定或撤销案件决定的；
- （五）行政处罚案件已全案移送司法机关或其他行政机关的；
- （六）其他应予结案的情形。

第四十八条 结案后，调查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。医疗保障行政部门对行政处罚的立案调查、审核决定、送达执行等全过程进行的记录，应当随卷归档保存。

第四十九条 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）财物处理单据；（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。

第五十条 行政监督检查结束后，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档案。

第五十一条 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。

第十一章 附 则

第五十二条 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。

第五十三条 本规程自 2021 年 7 月 15 日起施行，有效期 5 年。

× × × 医疗保障局
行政检查审批表

案件来源	□ 举报投诉 □ 上级交办 □ 其他机关移送 □ 日常监督检查 □ 其他					
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		☐ 监督检查 ☐ 投诉举报 ☐ 上级机关交办 ☐ 司法机关或其他行政机关移送 ☐ 舆情分析 ☐ 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	☐ 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。

× × × 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	案由: 主要事实: 立案(不予立案)的依据: 核查人员: 年 月 日				
执法部门 负责人 意见	☐ 同意立案, 建议本案由____、____承办 ☐ 同意不予立案 ☐ 执法部门负责人: 年 月 日				
机关负责 人意见	机关负责人: 年 月 日				

× × ×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

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	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			
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

[illegible]

记录人签名: _____ 年__月__日

—28—

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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

× × × 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。

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

第 页 共 页

[illegible]

见证人签名: _____ 年__月__日

—32—

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

× × × 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. _____
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

证据清单

编号	证据名称	证据类别	取证时间 及地点	调查人员

第 页 共 页

[illegible]

× × ×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 查 单 位 名 称		被 查 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 查 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。资料来源于被检查单位提供的业务、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_____。

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
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: _____

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings visible.

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

第 页 共 页

续页

讨论记录: _____

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears to be a standard notebook page or a sheet of stationery.

结论意见: _____

[illegible]

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

第 页 共 页

× × × 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：_____

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《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: _____

[illegible]

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

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

_____ 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》第四十二条以及____（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：_____

第 页 共 页

(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

第 页 共 页

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证据: _____

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

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 ☐	☐ 是 ☐ 否	是否听取陈述申辩/听证，并复核	☐ 是 ☐ 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《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_____，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《行政处理决定书》(____
____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》第五十二条的规定, 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《行政处理决定书》（_____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》第五十二条的规定，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。）

× × × 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《行政处理决定书》（_____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	☐ 自动履行 ☐ 复议结案 ☐ 诉讼结案 ☐ 强制执行 ☐ 其他：_____		
结案结果	☐ 行政处罚决定执行完毕 ☐ 案件终止调查 ☐ 违法事实不能成立 ☐ 移送司法机关 ☐ 人民法院裁定终结执行 ☐ 不予行政处罚 ☐ 移送其他行政部门、经办机构 ☐ 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	☐ 行政处罚 ☐ 责令改正违法行为 ☐ 不予处罚 ☐ 撤销案件 ☐ 涉嫌犯罪移送司法机关 ☐ 移送其他行政机关、经办机构 ☐ 终止调查 ☐ 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: