附件 6：

常德市医疗保障信用异议处理申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位： | |
| 联系人： | 联系方式： |
| 异议类型：□ 需求修复 □ 故障受理 □ 软件优化 □ 信用档案  □ 评价结果 □ 其他 | |
| 申请理由(可见附页)： | |
| 医保部门(股/科)意见： | |
| 医保部门分管领导 (局) 意见： | |
| 信用异议处理结果：  医疗保障局(盖章)  年 月 日 | |