附件 7：

常德市医疗保障信用修复申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 失信主体基本情况 | 单位名称 (盖章) |  |
| 统一社会信用代码 (身份证号)法人代表 |  |
| 联系方式 |  |
| 申请修复失信信息内容 |  年 月 日， 因行为被处以罚款或者解除协议等(可提供页面打印件或复印件) |
| 申请信用修复理由 | 政策法规 |  |
| 医保部门(股/科)意见 |  |
| 医保部门分管领导(局)意见 |  |
| 修复处理结果 |  予以修复□ 不予修复□ 医疗保障局(盖章) 年 月 日 |