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 | |