×××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 | | | | |

克拉玛依市克拉玛依区医疗保障局

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

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

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

第 页 共 页

×××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。资料来源于被查单位提供的业务、财务信息及有关资料。本报告必须保密。 | | | |