

河南省医疗保障局文件

豫医保办〔2020〕59号

河南省医疗保障局 关于印发《河南省医疗保障行政处罚文书样式》的 通 知

各省辖市、济源示范区、各省直管县（市）医疗保障局，局机关各处室、局属各单位：

为规范医疗保障行政执法文书使用，河南省医疗保障局参照国家医疗保障局行政执法文书样式，结合我省实际，制定印发《河南省医疗保障行政处罚文书样式》，请各级医疗保障局予以参照执行。



目 录

1. 案件来源登记表.....	4
2. 立案（不予立案）审批表.....	5
3. 立案通知书.....	6
4. 送达地址确认书.....	7
5. 调取证据材料通知书.....	8
6. 指定管辖通知书.....	9
7. 案件移送函.....	10
8. 案件交办通知书.....	11
9. 涉嫌犯罪案件移送函.....	12
10. 检查笔录.....	13
11. 询问通知书.....	15
12. 询问笔录.....	16
13. 案件处理审批表.....	18
14. 先行登记保存决定书.....	19
15. 先行登记保存证物处理决定书.....	20
16. （ ）物品清单.....	21
17. 查封（扣押/封存）决定书.....	22
18. 延长查封（扣押/封存）决定书.....	23
19. 解除查封（扣押/封存）决定书.....	24
20. 鉴定委托书.....	25
21. 鉴定通知书.....	26
22. 鉴定结论告知书.....	27
23. 协助调查函.....	28

24. 调查终结报告.....	29
25. 法制审核意见表.....	31
26. 案件集体讨论记录.....	32
27. 行政处罚事先/行政处罚听证告知书.....	33
28. 陈述、申辩笔录.....	34
29. 听证通知书.....	36
30. 听证笔录.....	37
31. 听证报告.....	38
32. 行政处罚决定审批表.....	39
33. 行政处罚决定书.....	40
34. 不予行政处罚决定书.....	42
35. 当场行政处罚决定书.....	43
36. 送达回证.....	45
37. 督促履行义务催告书.....	46
38. 分期（延期）缴纳罚款申请书.....	47
39. 同意分期（延期）缴纳罚款通知书.....	48
40. 不予分期（延期）缴纳罚款通知书.....	49
41. 行政处罚强制执行申请书.....	50
42. 结案审批表.....	52
43. 行政处罚案卷.....	53
44. 卷内文件目录.....	54

×××医疗保障局

案件来源登记表

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 ☐ 其他_____			
案源 提供 人	检查 人员	姓名		所属单位	
		姓名		所属单位	
	投诉 举报 人	相关信息见《投诉举报记录》			
	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

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: 执法人员: 年 月 日			
部门负责人意见		☐ 同意立案,建议本案由、承办 ☐ 同意不予立案 ☐ _____ 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

送达地址确认书

_____ 医保送确字〔20××〕第 号

案件名称			立案号	
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；送达至受送达人确认的地址，即视为送达。 2. 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。 3. 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。 4. 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。 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（ 送达行政处罚决定书除外）	☐ 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			
受送达人地址确认	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			
备注				

×××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. _____

...

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,一份经办机构留存,一份随卷归档)

×××医疗保障局

指定管辖通知书

_____医保指管通字〔20××〕第 号

_____, _____医疗保障局:

关于 _____

一案管辖权问题, 经本局研究决定: 指定该案由_____医疗保障局管辖。请你们接到此通知后及时办理相关材料的移交手续。

_____医疗保障局

(印章)

年 月 日

×××医疗保障局

案件移送函

_____医保案移字〔20××〕第 号:

_____:

_____一案/违法线索，因_____，
不属于我局管辖/我局管辖困难。依据《河南省医疗保障行政处罚程序
暂行规定》第五十八条第一款之规定，现将该案/违法线索移送你单位
处理。

附件：（相关材料）

联系人：_____ 联系电话：_____

医疗保障局

（印章）

年 月 日

本文书一式 _____份，_____份送达，一份归档。

×××医疗保障局

案件交办通知书

_____医保交办通字〔20××〕第 号

_____医疗保障局：

依据《河南省医疗保障行政处罚程序暂行规定》第八条第二款之规定，现将_____一案交由你局办理。请依法处理，并将处理结果及时报送本局。

附件：（相关材料）

联系人：_____ 联系电话：_____

×××医疗保障局

（印章）

年 月 日

本文书一式 _____份，_____份送达，一份归档。

×××医疗保障局
涉嫌犯罪案件移送函

____医保涉刑移字〔20××〕第 号

_____:

本单位于____年__月__日对_____一案立案调查，在调查中发现_____。根据《中华人民共和国行政处罚法》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，并书面通知我单位，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〔20XX〕第 号《涉嫌犯罪案件移送函》
已于____年__月__日收到。

(公章)
年 月 日

×××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

[illegible]

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: _____

检查人签名: _____

记录人签名: _____

见证人签名: _____

×××医疗保障局

询问通知书

_____医保询字〔20××〕第 号

_____:

为调查了解_____,
请于____年____月____日____时到_____接受询问调查。
依据《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条第一款的规定,你(单位)有如实回答询问、协助调查的义务。请携带以下材料:

1. _____
2. _____
3. _____

如你(单位)委托其他人员接受询问调查的,委托代理人应提供授权委托书及委托代理人身份证明。

办案人员: _____、_____

联系电话: _____

×××医疗保障局

(印章)

年 月 日

本文书一式____份,____份送达,一份归档,_____。

×××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：_____邮政编码：_____

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]

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

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			
		统一社会 信用代码		法定代表人 (负责人)	
	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			

×××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《中华人民共和国行政处罚法》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_____。

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》）作出如下处理：

☐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

() 物品清单

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: _____

主文书名称及发文字号: _____

执法人员及执法证编号: _____、_____

见证人姓名: _____身份证号: _____

物品清单:

编号	名称	规格(型号)	单位	数量	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, 一份随证物备查, 一份本机关留存。)

×××医疗保障局

查封（扣押/封存）决定书

_____医保查（扣/封）决字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称：_____

当事人身份证号码或统一社会信用代码：_____

当事人住址或住所：_____

法定代表人（负责人）：_____

经查，发现你（单位）实施了_____违法行为。

以上事实，有_____等证据为凭。本机关认为，你（单位）涉嫌违反_____，根据_____的规定，现决定对你（单位）的有关场所、设施或物品（详见《查封（扣押/封存）物品清单》）予以查封（扣押/封存）。查封（扣押/封存）期限为自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日。查封（扣押/封存）物品由_____负责保管，存放于_____，联系电话_____。

在查封（扣押/封存）期限内，你（单位）不得擅自使用、销售、转移、损毁、隐匿查封（扣押/封存）清单所列场所、设施或物品。

你（单位）可对本决定进行陈述和申辩（或申请听证）。

如不服本决定，可以在收到本决定书之日起 60 日内向_____人民政府或_____医疗保障局申请行政复议；也可以在收到本决定书之日起 6 个月内向_____人民法院提起行政诉讼。申请行政复议或者提起行政诉讼，不停止本决定的执行。

附：查封（扣押/封存）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，一份随查封（扣押/封存）的场所、设施或物品备查，一份本机关留存。）

×××医疗保障局

延长查封（扣押/封存）决定书

_____医保延查（扣/封）通字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称：_____

当事人身份证号码或统一社会信用代码：_____

当事人住址或住所：_____

法定代表人（负责人）：_____

因你（单位）涉嫌_____的违法行为，本机关于____年____月____日向你（单位）送达《查封（扣押/封存）决定书》（文号_____），对_____进行查封（扣押/封存），存放于_____。

现因_____，根据《中华人民共和国行政强制法》第二十五条第一款的规定，本机关依法决定延长查封（扣押/封存）期限，延长期限自____年____月____日起至____年____月____日止。

你（单位）可对本决定进行陈述和申辩（或申请听证）。

如不服本决定，可以在收到本决定书之日起60日内向_____人民政府或_____医疗保障局申请行政复议；也可以在收到本决定书之日起6个月内向_____人民法院提起行政诉讼。申请行政复议或者提起行政诉讼，不停止本决定的执行。

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（注：本文书一式三份，一份交当事人，一份随卷归档，一份由本机关留存。）

×××医疗保障局

解除查封（扣押/封存）决定书

_____医保解（扣/封）决字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称：_____

当事人身份证号码或统一社会信用代码：_____

当事人住址或住所：_____

（单位）法定代表人（负责人）：_____

本机关于____年____月____日向你（单位）送达《查封（扣押/封存）决定书》（文号_____）（以及于____年____月____日，向你（单位）送达《延长查封（扣押/封存）期限决定书》（文号_____）），对_____等物品进行查封（扣押），存放于_____。

现因_____，根据《中华人民共和国行政强制法》第二十八条第一款的规定，本机关决定，自____年____月____日起，对_____予以解除查封（扣押/封存）措施。

其中需退还你（单位）的物品，请你（单位）于____年____月____日前凭本决定书及解除查封（扣押/封存）物品清单到_____取回。逾期不领取的，本机关将依法予以处理。

附：解除查封（扣押/封存）物品清单

×××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，一份由本机关留存。）

×××医疗保障局

鉴定委托书

委托人：_____联系电话：_____

受委托人：_____联系电话：_____

受委托人统一社会信用代码：_____

委托事项：因调查处理_____案件的需要，根据_____的规定，委托人现委托受委托人对以下患者病情进行鉴定。

委托鉴定患者登记表：

编号	患者姓名	身份证号	联系方式	拟（原）就诊病种	适用标准或规程	鉴定项目	备注

1. 委托人应当通知被鉴定人员相关事宜并要求其配合，受委托人应当自行联系被鉴定人；
2. 委托人应当按时收取鉴定报告，并交纳费用_____；
3. 受委托人应当按委托人的要求进行鉴定，并于_____年_____月_____日前提提交鉴定报告_____份。鉴定报告应由鉴定人员签名或盖章，并加盖鉴定机构的印章。

委托人：×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

受委托人：（机构名称）

（公章）

年 月 日

×××医疗保障局

鉴定通知书

_____医保鉴通字〔20××〕第 号

_____:

因调查处理_____案件的需要,根据_____的规定,现本机关依法委托_____机构(统一社会信用代码:_____)对你(单位收治患者_____)的病情进行鉴定(检验)。鉴定期间自____年____月____日至____年____月____日。鉴定机构将会与你(单位)联系,你(单位)应予配合。你(单位)也可就鉴定具体事宜联系鉴定机构,联系人:_____,联系电话_____。

鉴定的期间不计入本机关办理医疗保障行政处罚案件的期限。

特此通知。

×××医疗保障局

(公章)

年 月 日

(本文书应按当事人和被鉴定人数量制发,当事人及每位被鉴定人都应逐一送达,另有一份随卷归档,一份本机关留存。)

×××医疗保障局

鉴定结论告知书

_____医保鉴（检）结论告字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称：_____

当事人身份证号码或统一社会信用代码：_____

当事人住址或住所：_____

法定代表人（负责人）：_____

本机关委托对相关人员（详见附件：《鉴定报告》）的病情进行了鉴定。鉴定意见如下：所涉人员病情经过鉴定（检验），因结果（☐符合；☐不符合），被判定（☐属于；☐不属于）_____病种。

如你（单位）对上述鉴定意见有异议，请在接收本告知书之日起_____日内向本机关提出书面补充鉴定或重新鉴定的申请，并申明理由，逾期即视为放弃该权利。

特此告知。

附：鉴定报告复印件（报告编号：_____）

×××医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书本文书应按当事人和被鉴定人数量制发，当事人及每位被鉴定人都应逐一送达，另有一份随卷归档，一份本机关留存。）

×××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
报告一并移交本机关。若贵单位无法协助或需延期完成，请在期限届
满前告知本机关。

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_____。

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，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：

年 月 日

×××医疗保障局

法制审核意见表

案件名称	
送审机构	
送审日期	年 月 日
审核内容	具体意见
执法主体是否合法	
执法人员是否有执法资格	
案件事实是否清楚，证据是否充分确凿	
定性是否准确	
适用依据是否准确	
裁量基准的适用是否恰当	
处理建议是否适当	
程序是否合法	
文书是否规范	
文书是否齐备	
是否有超越本机关职权范围或滥用职权情形	
是否涉嫌犯罪需要移送司法机关	
其他	
审核意见 法制部门负责人签名： 年 月 日	

×××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: _____

讨论记录: _____

结论意见: _____

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

×××医疗保障局

行政处罚事先/行政处罚听证告知书

_____医保罚先/证告字〔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(说明裁量理由), 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《中华人民共和国行政处罚法》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：_____

执法人员 1：_____执法证号：_____

执法人员 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

二、告知当事人依法享有的权利

根据《中华人民共和国行政处罚法》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：_____

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

（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，本单位决定于____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《中华人民共和国行政处罚法》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，应在听证举行前提交由你（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

（本文书一式二份，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

听证笔录

案由：_____立案号：_____

听证时间：_____年_____月_____日_____时_____分至_____时_____分

听证地点：_____

听证主持人：_____

记录人：_____

当事人：_____地址：_____

（单位）法定代表人或负责人：_____

委托代理人：_____地址：_____

案件调查部门：_____

案件调查人员：_____

第三人：_____地址：_____

听证笔录（正文）：_____

当事人（委托代理人）：（本听证笔录已经本人审核、补正，无误。）

案件调查人员签名：_____年 月 日

当事人签名或盖章：_____年 月 日

听证主持人签名：_____年 月 日

记录人签名：_____年 月 日

×××医疗保障局

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依据：_____

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

×××医疗保障局

行政处罚决定审批表

案件名称						
当事人 基本情况	单位		地址			
	法定代表人		职务		邮编	
	个人		年龄		性别	
	所在单位		单位地址			
	家庭住址		联系电话		邮编	
涉嫌违法事实 及处罚依据						
当事人的 申辩意见						
承办人意见	承办人（签名）：_____ 年 月 日					
部门负责人 意 见	部门负责人（签名）：					
机关负责人 意 见	机关负责人（签名）：					
备 注						

×××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、从重处罚的理由：_____

☐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《中华人民共和国行政处罚法》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，又不履行本处理决定的，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

当场行政处罚决定书

_____医保当罚字〔20××〕第 号

当事人（姓名或名称）：_____

主体资格证件名称及号码：_____

住所或住址：_____

（单位）法定代表人（主要负责人）：_____

执法人员：_____执法证号：_____

执法人员：_____执法证号：_____

经查：你（单位）于 ____年__月__日____时，在（违法地点）

因 _____（行为方式）_____的行为，违反了（法律依据名称条款）

的规定，事实确凿。本机关执法人员当场向你（单位）告知了违法事实、依据、处罚内容和依法享有的权利，☐并听取了你（单位）的陈述和申辩（☐对此，你（单位）未作陈述和申辩）。

现依据_____（法律依据名称条款）_____我机关决定对你（单位）处以下行政处罚：

☐警告

☐罚款人民币 _____元整（大写）。

¥：_____。

罚款按下列方式缴纳：

☐符合《行政处罚法》第四十七条规定的情形，当场收缴。

☐自即日起十五日内将罚款交到收款银行：_____，

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。当事人对本决定不服申请复议或者提起行政诉讼的，行政处罚不停止执行。

× × × 医疗保障局

(公章)

年 月 日

处罚地点：_____

当事人（ 签字或盖章 ）：_____ 年____月____日

执法人员签名：_____ 年____月____日

执法人员签名：_____ 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

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	
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

____医保罚催字〔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)作出的以下处罚。

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《中华人民共和国行政强制法》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

(印章)

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（延期）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_____（大写）元的行政处罚决定，本人（单位）

_____, _____, 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：

☐延期至_____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（延期）缴纳罚款通知书

_____医保缴准字〔20××〕号

_____:

本单位于____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)罚款_____元(大写)。你(单位)于____年____月____日申请 延期/分期 缴纳罚款。现根据《中华人民共和国行政处罚法》第五十二条的规定,同意你(单位):

☐延期缴纳罚款。延长期限至____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《中华人民共和国行政处罚法》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

(印章)

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（延期）缴纳罚款通知书

_____医保缴不予字〔20××〕第 号

_____:

本单位于____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)罚款_____元(大写)。你(单位)于____年____月____日申请延期/分期缴纳罚款。

由于_____,因此,本机关认为你(单位)的申请不符合《中华人民共和国行政处罚法》第五十二条的规定,不同意你(单位)延期/分期缴纳罚款的申请。

逾期未缴纳罚款的,本单位依据《中华人民共和国行政处罚法》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

行政处罚强制执行申请书

_____医保强执申字〔20××〕第 号

_____人民法院：

本单位对_____一案于____年____月____日作出了《行政处罚决定书》（____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，但当事人仍未履行。根据《中华人民共和国行政强制法》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）：_____

住址：_____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. 医疗保障局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

(印章)

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				

