医疗保障行政处罚

普通程序文本

医疗保障行政处罚普通程序

文书目录

行政检查审批表 1

案件来源登记表 2

☆投诉举报记录 3

立案（不予立案）审批表 4

立案通知书 5

不予立案告知书 6

送达地址确认书 7

询问笔录 9

现场检查通知书 12

检查笔录 13

案件处理审批表 16

☆授权委托书 17

☆协助调查函 18

调取证据材料通知书 19

证据清单 20

调查终结报告 22

现场检查报告 24

☆中止调查通知书 25

☆恢复调查通知书 26

☆先行登记保存决定书 27

☆先行登记保存证物处理决定书 28

☆先行登记保存证物/处理清单 29

☆查封（扣押）决定书 30

☆延长查封（扣押） 决定书 31

☆解除查封（扣押） 决定书 32

☆（解除）查封（扣押）物品清单 33

☆案件集体讨论记录 35

行政处罚事先告知书 37

陈述、申辩笔录 38

☆听证通知书 41

☆听证公告 42

☆听证笔录 43

☆听证报告 46

案件处理呈报书 48

☆法制审核意见表 50

行政处罚决定书 52

☆行政建议书 54

☆案件移送函 55

☆涉嫌犯罪案件移送函 56

☆移送案件涉案物品清单 57

送达回证 58

☆督促履行义务催告书 59

☆分期（延期）缴纳罚款申请书 60

☆同意分期（延期） 缴纳罚款通知书 61

☆不予分期（延期） 缴纳罚款通知书 62

☆责令改正情况复查记录 63

☆行政处罚强制执行申请书 64

结案审批表 66

行政处罚案卷 67

卷内文件目录 68

**×××医疗保障局**

# 行政检查审批表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 案件 来源 | □举报投诉□ 日常监督检查 | □上级交办 □其他机关移送 □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 |

**×××医疗保障局**

# 案件来源登记表

登记号：

|  |  |
| --- | --- |
| 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 □舆情分析 □其他 |
| 案 源 提 供 人 | 检查 人员 | 姓名 |  | 所属单位 |  |
| 姓名 |  | 所属单位 |  |
| 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**

# ☆投诉举报记录

|  |  |
| --- | --- |
| 接到投诉举 报时间 | 年 月 日 时 分 |
| 投诉举报 方式 | □来信 □来电 □来访 □其他  |
| 投诉举报 人 | 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  | 住址 |  |
| 投诉举报 内容 | 接报人签名：年 月 日 |
| 备注 |  |

注：对于投诉举报人信息，应当保密。

**×××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：核查人员：年 月 日 |
| 执法部门负责人意见 | □同意立案，建议本案由 、 承办□同意不予立案□ 执法部门负责人：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》第五十五条的规定，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》第四十五条的规定，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**

# 不予立案告知书

 医保不立告字〔20×× 〕第 号

 :

□经查，你机关于 年 月 日向本机关交办/移送的 一案/案件线索不符合立案条件，具体情形如下：

□经查，你于 年 月 日向本机关投诉/举报的 一案/案件线索不符合立案条件，具体情形如下：

□不属于本机关的管辖范围；

□超过行政处罚追诉时效；

□案件线索涉及的行为不构成违法；

□移送案件已经处理过的；

□其他 。 依据 规定，本机关决定，不予立案。 特此告知。

×××医疗保障局 （公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达上级交办机关或移送机关或投诉举报人，一 份随卷归档，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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 案由 |  | 立案号 |  |
| 受送达人填写送达地址确认书的告知事项 | 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；2．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。3．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；4．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；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 | □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 |
| 受送达人对 自己送达地 址的确认 | 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 |
| 执法人员 签名 | 年 月 日 |
| 备注 |  |

**×××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：

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， 将视情节轻重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

第 页 共 页

续页

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

第 页 共 页

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

第 页 共 页

**×××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：

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 |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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**

# 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 |  |
| 法定代表人 （负责人） |  | 统一社会信 用代码 |  |
| 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 |

# ☆授权委托书

委托人姓名或名称： 身份证号码或统一社会信用代码： （委托人为单位）法定代表人（负责人）： 联系电话 ： 住址（住所）： 被委托人姓名： 身份证号码： 联系电话 ： 住址：

委托人因 一案/一事，现委托 作为代理人办理如下事项：

□代理委托人接受调查；

□代理委托人接受约谈；

□代理委托人申请回避、进行陈述申辩、申请听证等；

□代理委托人提交相关材料、签收法律文书等；

□代理委托人退回医保基金、缴纳罚款等；

□代理委托人办理的其他相关事宜。

□其他

委托期限：从本文书生效之日起到 一案/一事终 结之日止。

对被委托人在办理上述事项过程中陈述、 申辩的内容以及所签署的文件,本 人（本单位）均予以认可,并承担相应的法律责任。

委托人（签字）：

（单位公章）

年 月 日

**×××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，并在调查终 结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终结报告一并移交 本机关。如移交的证据为复印件，需注明原件保存地点，并加盖贵单位公章。若 贵单位无法协助或需延期完成，请在期限届满前函告本机关。望支持为盼！

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》第五十五条、五十六条和《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. 5.

执法人员已依法主动出示执法证件，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，一份承办机构留存，一份随卷 归档。）

**×××医疗保障局**

# 证据清单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 证据名称 | 证据类别 | 取证时间及 地点 | 调查人员 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

第 页 共 页

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 证据名称 | 证据类别 | 取证时间及 地点 | 调查人员 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

第 页 共 页

**×××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：

 。

当事人陈述申辩意见：

 。

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/所指的违法行为，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）负责人签名：

年 月 日

**×××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。 |

**×××医疗保障局**

# ☆中止调查通知书

 医保止调字〔20×× 〕第 号

当事人姓名或名称： 当事人住址或住所： 法定代表人（负责人）：

因你（单位）所涉 案件（立案号： ）， 存在下述情况：

□本案处理决定的作出须以 案件的裁判结果为 依据，但该案件尚未审结；

□本案处理决定的作出须以 行政决定为依 据，但该行政决定尚未作出；

□ 涉及 法律适用等问题，需要送请 机 关作出解释（或者确认）；

□ 因 不可抗力致使案件暂时无法调查；

□ 因 下落不明致使案件暂时无法调查；

□其他 。

本机关依据 规定，决定中止调查本案。中止 调查自 年 月 日起。中止调查的原因消除后，本机关将立即恢复调查， 届时会再予通知。

特此通知。

× × × 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，一份随卷存档。）

**×××医疗保障局**

# ☆恢复调查通知书

 医保复调字〔20×× 〕第 号

当事人姓名或名称： 当事人住址或住所： 法定代表人（负责人）：

本机关于 年 月 日向你（单位）制发《中止调查通知书》（文 号 ），通知你（你单位），本机关决定对你（单位）所涉 案件（立案号： ） 中止调查。

现因中止调查的原因 已消除，本机关决定自 年 月 日起恢复调查。请你（单位）配合后续调查事宜。

特此通知。

× × × 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，一份随卷存档。）

**×××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《行政处罚法》

第五十六条的规定，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 。

在保存期间，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》 第五十六条规定对《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

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**

# ☆先行登记保存证物/处理清单

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： 主文书名称及文号： 执法人员及执法证编号： 、 见证人姓名： 身份证号： 证物清单：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 规格 | 数量 | 型号 | 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，一份随相关证物备 查，一份本机关留存。）

**×××医疗保障局**

# ☆查封（扣押）决定书

 医保查（扣）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 的规定，根据 的规定，现决定对你（单位）的有关场 所、设施或物品予以查封（扣押）（详见《查封（扣押）清单》）。查封（扣押）期 限为自 年 月 日至 年 月 日。查封（扣押）物品由 负责保管，存放于 ，联系电话 。

在查封（扣押）期限内，你（单位）不得擅自使用、销售、转移、损毁、隐 匿查封（扣押）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）物品清单

×××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，一份随查封或扣押的 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） 决定书

 医保延查（扣）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）决定书》（文号 ）， 对 进行查封（扣押），存放于 。

现因 ，根据《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）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 （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） 决定书

 医保解查（扣）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）决定书》

（文号 ）（以及于 年 月 日，向你（单位）送达 《延长查封（扣押）期限决定书》（文号 ）），对 等物品进行查封（扣押），存放于 。

现因 ，根据《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）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）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）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**

# ☆（解除）查封（扣押）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： 执法人员及执法证编号： 、 见证人姓名： 身份证号： 主文书名称及编号： （解除）查封（扣押）清单：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 规格 | 数量 | 型号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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，一份随查封或扣押的 物品资料备查，一份由本机关留存。）

第 页 共 页

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 规格 | 数量 | 型号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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，一份随查封或扣押的 物品资料备查，一份由本机关留存。）

第 页 共 页

**×××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：

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

第 页 共 页

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

第 页 共 页

**×××医疗保障局**

# 行政处罚事先告知书

 医保罚告字〔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 （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《行政处罚法》第四十五条的规定，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》第六十三、六十四条的规定，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5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： 案件调查人员 1： 执法证号： 案件调查人员 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

第 页 共 页

二、告知当事人依法享有的权利

根据《行政处罚法》第四十五条，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：

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

第 页 共 页







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

第 页 共 页

**×××医疗保障局**

# ☆听证通知书

 医保听通字〔20×× 〕第 号

 （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，本机关决定于 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《行政处罚法》第六十四条的规定，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，应在举行听证前，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

（本文书一式三份，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**

# ☆听证公告

 医保听公字〔20×× 〕第 号

根据《行政处罚法》第六十四条以及 （听证申请人） 于 年 月 日提交的听证申请，本机关决定于 年 月 日 时，在 （听 证地点） 公开举行 （案由） 一案的听 证，本案利害关系人或其他有关人员有意参加本次听证会的，请携带身份证明文 件于 年 月 日至 年 月 日与本机关联系人联系：

联系人： 联系电话：

根据本机关听证场地情况，确定此次听证会参加人数不超过 人。按 照受理申请的时间先后确定参加人员，逾期申请或申请时已达规定人数的，不予 受理。

特此公告。

× × × 医疗保障局 （公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份公开发布，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）：

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

第 页 共 页

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

听证记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页









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

听证记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

**×××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证据：

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**

# 案件处理呈报书

 医保呈字〔20××〕第 号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）： |
| 分管 领导 意见 | 分管领导负责人（签名）： |

**×××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**

# 行政处理决定书

 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《行政处罚法》第七十二条第一项的规定，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 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，一份由本机关留存，一份随卷归档。）

×××医疗保障局

# ☆行政建议书

 医保建字〔20×× 〕第 号

 :

本机关于 年 月 日对你（单位）进行了现场检查，检查情况 如下： ,其中， 你（单位）存在 的问题。针对上述问题，本机关 根据 规定，现对你（单位）提 出如下建议： ,上述建议请你（单位） 依据 XX 管理制度执行。

联系人：

联系电话：

特此通知。

× × × 医疗保障部门（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，一份检查机关留存，一份随卷归档。）

**×××医疗保障局**

# ☆案件移送函

 医保移字〔20×× 〕第 号

 :

 一案/违法线索，在调查中 发现 ，根据 规定，现将该案/违法线索移送你单位处理。

特此移送。案件查处结果请及时函告本机关。 附件：证据材料

1. 2. 3.

联系人： 联系电话：

× × × 医疗保障局 （公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达受移送机关，一份随卷归档，一份本机关留存。）

**×××医疗保障局**

# ☆涉嫌犯罪案件移送函

 医保涉移字〔20×× 〕第 号

 :

本机关于 年 月 日对 一 案立案调查，在调查中发现 。根据《行政处罚法》第二十七条、《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，并书面通知本机关，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〔 〕号《涉嫌犯罪案件移送函》已于 年 月

日收到。

（公章） 年 月 日

# ☆移送案件涉案物品清单

案由：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 规格（型号） | 单位 | 数量 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

移送案件接收人： 年 月 日

移送案件移送人： 、 年 月 日

（本文书一式三份，一份送达公安机关，一份随卷归档，一份本机关留存。）

**×××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 | 年 月 日 |
| 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 行政处罚。

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《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（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**

# ☆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） , 因 , 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×× 〕第 号

 :

本机关于 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

《行政处罚法》第六十六条的规定，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《行政处罚法》第七十二条第（ 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

 :

本机关于 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《行政处罚法》第六十六条的规定，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，本机关依据《行政处罚法》第七十二条第（ 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**

# ☆责令改正情况复查记录

|  |
| --- |
| 当事人： |
| 原文书文号： |
| 复查时间： |
| 复查地点： |
| 现场复查情况： |
| 现场复查照片： |
| 当事人签名： |
| 见证人签名： |
| 执法人员签名： 执法证号： |
| 执法人员签名： 执法证号： |
| 备注： |

**×××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：

本机关对 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 当事人达成执行协议，但当事人仍未履行。根据《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）： 地址： 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.医疗保障部门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（公章） 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□不予处罚□涉嫌犯罪移送司法机关□终止调查 | □责令改正违法行为□撤销案件□移送其他行政机关、经办机构 □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 |  |  |  |  |