

河北省医疗保障局文件

冀医保规〔2020〕2号

关于印发《河北省医疗保障行政执法 暂行政程》的通知

各市（含定州、辛集市）医疗保障局、雄安新区管委会公共服务局、省直三行业，局属各单位：

《河北省医疗保障行政执法暂行政程》已经省医疗保障局党组会研究通过。现印发你们，请遵照执行。

附件：河北省医疗保障行政执法参考文书样式

河北省医疗保障局

2020年5月29日

（此件主动公开）



河北省医疗保障行政执法暂行规程

第一章 总 则

第一条 为规范医疗保障部门行政执法程序，保障和监督医疗保障部门依法依规履行职责，维护医疗保障基金安全，保护公民、法人和其他组织的合法权益，依据《中华人民共和国行政处罚法》《中华人民共和国行政强制法》《中华人民共和国社会保险法》《社会救助暂行办法》《河北省行政执法监督条例》《河北省行政执法和行政执法监督规定》《河北省医疗保障基金监管办法》等法律法规规章，结合实际，制定本规程。

第二条 全省各级医疗保障行政部门及其派出机构和依法授权的组织，实施行政监督检查、行政处罚、行政强制等行政执法活动，适用本规程。法律法规规章另有规定的，从其规定。

第三条 医疗保障行政部门实施行政执法活动，应当遵循公开、公正的原则，坚持预防与查处、处罚与教育相结合，做到事实清楚、证据确凿、程序合法、处罚适当，法律法规和规章适用正确，执法文书使用规范。全面实行医疗保障行政执法公示制度、行政执法全过程记录制度、重大行政执法决定法制审核制度。

第四条 各级医疗保障行政部门应当对本部门内设机构、派出机构、委托组织等实施的行政执法活动进行监督。

上级医疗保障行政部门对下级医疗保障行政部门实施行政执法活动进行监督和指导。必要时，上级医疗保障行政部门可以对下级医疗保障行政部门办理的重大行政处罚案件进行督办。

第五条 各级医疗保障行政部门行政执法实行回避制度。执法人员与本案有利害关系或者可能影响本案公正处理的其他关系，应当回避。当事人认为执法人员与本案有利害关系或者有其他关系可能影响公正执法的，有权申请执法人员回避。

医疗保障行政部门主要负责人的回避，由医疗保障行政部门负责人集体讨论决定；医疗保障行政部门其他负责人的回避，由医疗保障行政部门主要负责人决定；其他有关人员的回避，由医疗保障行政部门负责人决定。

第六条 医疗保障行政部门及参与案件办理的有关人员对调查过程中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私应当依法保密。

第二章 管 辖

第七条 医疗保障违法行为由违法行为发生地的县级以上医疗保障行政部门管辖。法律、行政法规、规章另有规定的除外。

县级医疗保障行政部门负责查处本行政区域内的医疗保障违法案件。

省、市级医疗保障行政部门负责查处本级直接管辖的医疗保障违法案件和辖区内有重大影响的医疗保障违法案件。

省、市级医疗保障行政部门组织的飞行检查、交叉互查等

行政监督检查，应及时向当地移交检查结果，并监督当地医疗保障行政部门依法办结。

上级医疗保障行政部门认为必要时，可以直接查处下级医疗保障行政部门管辖的案件，也可以将本部门管辖的案件交由下级医疗保障行政部门查办。法律、行政法规、规章明确规定案件应当由上级医疗保障行政部门管辖的，上级医疗保障行政部门不得将案件交由下级医疗保障行政部门管辖。

第八条 异地就医医疗保障违法行为，由就医地医疗保障行政部门管辖，发现参保人员违法的要及时移交参保地医疗保障行政部门进行处理。涉及多个统筹地区的医疗保障违法行为，由省医疗保障行政部门牵头组织调查或者指定统筹区医疗保障行政部门调查处理。

对当事人的同一违法行为，两个以上医疗保障行政部门都有管辖权的，由先立案的医疗保障行政部门管辖。

第九条 两个以上医疗保障行政部门因管辖权发生争议，应当自发生争议之日起七个工作日内协商解决，案情重大、复杂的案件协商解决时限一般不超过十五个工作日。协商不成的，报请共同的上一级医疗保障行政部门管辖或指定管辖。下级医疗保障行政部门认为依法由其管辖的案件存在特殊原因，难以办理的，可以报请上一级医疗保障行政部门管辖或者指定管辖。

第十条 医疗保障行政部门发现所查处的案件属于其他行政管理部门管辖的，应当依法依规移交其他有关部门。

第十一条 医疗保障行政部门发现违法行为涉嫌犯罪的，

应当依法将案件移送公安机关。

第十二条 县级以上医疗保障行政部门可以在其法定权限内委托符合《中华人民共和国行政处罚法》规定条件的组织，在委托范围内以委托行政机关的名义实施行政处罚。受委托组织不得再委托其他任何组织或者个人实施行政处罚。

委托行政机关对受委托的组织实施的行政执法行为负责监督，并对该行为的后果承担法律责任。

第三章 立案与调查取证

第十三条 医疗保障行政部门承担行政执法职能的内设机构、受委托组织（以下统称办案机构）通过日常行政监督检查、投诉举报、上级交办、经办机构移交或其他部门移送等途径发现符合本规程第十四条规定立案条件的，应立案调查。

第十四条 立案应当符合下列条件：

- （一）有初步确认的违法嫌疑对象；
- （二）有初步认定的违法事实；
- （三）属于本部门管辖；
- （四）其他应当立案的情形。

上级医疗保障行政部门对下级医疗保障行政部门办理重大行政处罚案件进行督办的或指定管辖的不受本条第三款限制。

第十五条 办案机构对发现的违法行为线索，应当初步核查，核查结果报请本级医疗保障行政部门负责人决定是否立案。立案决定应当自发现违法线索或者收到有效材料之日起十五个工作日内作出。特殊情况下，经医疗保障行政部门相关负

责人批准，可以延长十五个工作日。法律、法规和规章另有规定的除外。鉴定、检验等所需时间，不计入前款规定期限。

立案、不予立案应当填写立案（不予立案）审批表。对举报投诉、上级交办、其他部门移送等不予立案的，应及时报告、反馈不予立案理由。

第十六条 办案机构应当对案件进行全面、客观、公正、及时的调查，依法充分收集认定案件事实的相关证据，确保证据的真实性、合法性和关联性。

执法人员调查检查时不得少于两人。首次调查检查应当向当事人或者有关人员出示执法证件，告知其享有陈述权、申辩权以及申请回避的权利。

被调查的单位和个人应当如实提供相关资料，不得拒绝检查或者谎报、瞒报。

调查人员有权依法要求当事人、证人及其他有关单位和个人在一定期限内提供证明材料或者与涉嫌违法行为有关的其他材料，并由材料提供人在有关材料上签名或者盖章。

为查明案情，需要对案件中专门事项进行鉴定、检验的，医疗保障行政部门应当委托具有法定资质的机构进行。鉴定、检验结果应当告知当事人。

第十七条 医疗保障行政部门在办理行政执法案件时，确需其他医疗保障行政部门协助调查取证的，应当出具协助调查函。收到协助调查函的医疗保障行政部门应及时完成协助调查工作。确实无法协助或不能及时完成的，应当及时函告提出协查请求的医疗保障行政部门。

第十八条 办案机构应当依法收集证据。证据包括：书证、物证、视听资料、电子数据、证人证言、当事人陈述、鉴定（检验）意见、现场笔录、询问笔录等。

立案前核查或者监督检查过程中依法取得的证据材料，可以作为案件的证据使用。对于移送的案件，移送机关依职权调查收集的证据材料，可以作为案件的证据使用。上述证据，应当符合法律、行政法规、规章关于证据的规定，并经查证属实，才能作为认定案件事实的依据。

医疗保障行政部门可以指派或者聘请具有专门知识的人员，辅助调查人员对案件关联的视听资料、电子数据等进行调查取证。

第十九条 收集调取的书证、物证应当是原件、原物。调取原件、原物有困难的，可以提取复制件、影印件、抄录件，也可以拍摄或者制作足以反映原件、原物外形或者内容的照片、录像，由证据提供人核对无误后标明“经核对与原件、原物一致”字样，并注明出证日期、证据出处，同时签名或盖章。

调查人员可以利用医保及相关信息系统、互联网监管执法平台或者设备收集、固定违法行为证据，收集、调取的视听资料和电子数据应当是有关资料的原始载体。调取视听资料和电子数据原始载体有困难的，可以采取拷贝复制、委托分析、拍照录像等方式取证，并注明制作方法、制作时间、制作人等，由原始载体持有人签名或盖章，保证所收集、固定电子数据的真实性、完整性。

第二十条 执法人员现场检查时，应当通知当事人到场。

执法人员应当制作现场笔录，载明时间、地点、事件等内容，由执法人员、当事人签名或盖章。

第二十一条 执法人员可以询问当事人及其他有关单位和个人。询问应当个别进行，并制作笔录，询问笔录应当交被询问人核对；对阅读有困难的，应当向其宣读。笔录如有差错、遗漏，应当允许其更正或补充。涂改部分应当由被询问人签名或盖章。经核对无误后，由被询问人在笔录上签名、盖章或者以其他方式确认。执法人员应当在笔录上签名。

第二十二条 抽样取证时，应当通知当事人到场。执法人员应当制作抽样记录，对样品加贴封条，开具清单，由执法人员、当事人在封条和相关记录上签名或盖章。

第二十三条 在证据可能灭失或者以后难以取得的情况下，医疗保障行政部门可以对与涉嫌违法行为有关的证据采取先行登记保存措施。采取或者解除先行登记保存措施，应当经医疗保障行政部门负责人批准。先行登记保存有关证据，应当当场清点、开具清单，由当事人和执法人员签名或盖章，交当事人一份，并当场交付先行登记保存证据通知书。

情况紧急，需要当场采取先行保存措施的，执法人员应当在二十四小时内补办批准手续。医疗保障行政部门负责人认为不应当采取先行登记保存措施的，应当立即解除。

先行登记保存期间，当事人或者有关人员不得损毁、销毁或者转移证据。

第二十四条 对于先行登记保存的证据，应当在七日内依照规定采取措施：

（一）根据情况及时采取记录、复制、拍照、录像等证据保全措施；

（二）需要检测检验、鉴定的，送交鉴定、检验；

（三）依据有关法律、法规规定可以采取封存等行政措施的，决定采取行政强制措施；

（四）违法事实不成立，决定解除先行登记保存措施。

逾期未采取相关措施的，先行登记保存措施自动解除。

第二十五条 医疗保障行政部门可以依据《行政强制法》第十八条、《社会保险法》第七十九条规定，采取封存等行政强制措施。行政强制措施权不得委托，应当由医疗保障行政部门具备资格的执法人员实施，其他人员不得实施。

医疗保障行政部门实施行政强制措施应当遵守下列规定：

（一）实施前须向行政部门负责人报告并经批准；

（二）由两名以上执法人员实施；

（三）出示执法身份证件；

（四）通知当事人到场；

（五）当场告知当事人采取行政强制措施的理由、依据以及当事人依法享有的权利、救济途径；

（六）听取当事人的陈述和申辩；

（七）制作现场笔录；

（八）现场笔录由当事人和执法人员签名或者盖章，当事人拒绝的，在笔录中予以注明；

（九）当事人不到场的，邀请见证人到场，由见证人和执法人员在现场笔录上签名或者盖章；

（十）法律、法规规定的其他程序。

情况紧急，需要当场采取行政强制措施的，执法人员应当在二十四小时内向医疗保障行政部门负责人报告，并补办批准手续。医疗保障行政部门负责人认为不应当采取行政强制措施的，应当立即解除。

决定实施封存的，封存决定书应当载明下列事项：

- （一）当事人的姓名或者名称、地址；
- （二）封存的理由、依据和期限；
- （三）封存场所、设施或者财物的名称、数量等；
- （四）申请行政复议或者提起行政诉讼的途径和期限；

（五）医疗保障行政部门的名称、印章和日期。封存清单一式两份，由当事人和医疗保障行政部门分别保存。

第二十六条 封存一般不得超过三十日；情况复杂的，经医疗保障行政部门负责人批准，可以延长，延长期限不得超过三十日。法律法规另有规定的除外。

延长封存的决定应当及时书面告知当事人，并说明理由。

需要对物品进行检测、检验或者技术鉴定的，封存期间不包括检测、检验或者技术鉴定的期间。检测、检验或者技术鉴定的期间应当明确，并书面告知当事人。检测、检验或者技术鉴定的费用由医疗保障行政部门承担。

第二十七条 封存的资料、设施等物品应当妥善保管，不得使用或者损毁；医疗保障行政部门可以委托第三人保管，第三人不得损毁或者擅自转移、处置。因封存发生的保管费用由医疗保障行政部门承担。

封存物品及存放封存物品的场所，应当加贴医疗保障行政部门封条，任何人不得随意动用。

第二十八条 有下列情形之一的，医疗保障行政部门应当及时做出解除封存决定：

- （一）当事人没有违法行为；
- （二）封存物品与违法行为无关；
- （三）医疗保障行政部门对违法行为已经作出处理决定，不再需要封存；
- （四）封存期限已经届满；
- （五）其他不再需要采取封存措施的情形。

解除封存应当立即退还财物，出具解除封存决定书。

第二十九条 有下列情形之一的，经医疗保障行政部门负责人批准，中止案件调查：

- （一）行政处罚决定须以相关案件的裁判结果或者其他行政决定为依据，而相关案件尚未审结或者其他行政决定尚未作出的；
- （二）涉及法律适用等问题，需要送请有权机关作出解释或者确认的；
- （三）因不可抗力致使案件暂时无法调查的；
- （四）因当事人下落不明致使案件暂时无法调查的；
- （五）其他应当中止调查的情形。

中止调查的原因消除后，应当立即恢复案件调查。

第三十条 因涉嫌违法的自然人死亡或者法人、其他组织终止，并且无权利义务承受人等原因，致使案件调查无法继续

进行的，经医疗保障行政部门负责人批准，案件终止调查。

第三十一条 案件调查终结，办案机构应当撰写案件调查终结报告，提出拟处理意见。

调查终结报告包括：当事人基本情况、案件来源、调查经过及采取行政强制措施情况；调查认定事实、违法行为性质及主要证据；拟予行政处罚的，还应当包括适用依据、处罚建议及裁量理由；拟不予行政处罚的，还应当包括不予行政处罚的理由。

第三十二条 办案机构应当将拟作出的重大行政执法决定提请法制审核。法制审核由医疗保障行政部门承担政策法规职能的内设机构（以下称法制机构）负责实施，调查人员不得作为审核人员。

第三十三条 办案机构接到法制机构出具的同意给予行政处罚、行政强制的行政执法决定或不予作出行政执法决定后，应当将案件材料、案件调查终结报告、审核意见报医疗保障行政部门负责人批准，并依法履行告知等程序；对超出本机关管辖范围或涉嫌犯罪的提出移送意见，报医疗保障行政部门负责人批准后，移送相关部门处理。

第三十四条 办案机构对法制机构出具的继续调查、变更、纠正意见建议，应补充调查、纠正后重新履行送审程序。

第三十五条 上级对下级因案件管辖或者其他依法需要报请决定的案件，应当由法制机构组织审核，并报请医疗保障行政部门负责人决定。

第四章 陈述、申辩与听证

第三十六条 医疗保障行政部门作出行政处罚决定前，应当告知当事人拟作出行政处罚决定的事实、理由及依据，并告知当事人依法享有陈述权、申辩权。

第三十七条 属于行政处罚法规定的听证范围的，还应当告知当事人有要求举行听证的权利。当事人要求听证的，医疗保障行政部门应当依据行政处罚法规定的程序举行听证，制作听证笔录。

当事人自行政处罚听证告知书送达之日起三日内，未行使陈述、申辩权，视为主动放弃此权利。

当事人提出的申辩事实、理由或者证据成立的，医疗保障行政部门应当予以采纳，交法制机构复核，不得因当事人陈述、申辩或者申请听证而加重行政处罚。

第三十八条 行政处罚案件实行法制机构复核，经复核维持原处理意见的，办案机构应当制作行政处罚决定书，报请医疗保障行政部门负责人审查决定后送达并执行。

经复核改变原认定的违法事实、证据、处罚依据及处理意见的，办案机构应当报请医疗保障行政部门负责人审查决定，并且重新履行告知程序。

第五章 处罚决定

第三十九条 办案机构将案件材料、案件调查终结报告、审核意见报请医疗保障行政部门负责人审查后，视情形分别作

出以下决定：

（一）确有依法应当给予行政处罚的违法行为的，根据情节轻重及具体情况，作出行政处罚决定；

（二）确有违法行为，但有依法可以不予行政处罚情形的，不予行政处罚；

（三）违法事实不能成立的，不得给予行政处罚；

（四）违法行为在二年内未被发现的，不再给予行政处罚。法律另有规定的除外。前款规定的期限，从违法行为发生之日起计算；违法行为有连续或者继续状态的，从行为终了之日起计算。

（五）不属于医疗保障行政部门管辖范围的，移交其他有管理权限的部门处理；

（六）违法行为涉嫌犯罪的，移送公安机关。

作出责令经办机构中止或解除医保服务协议、中止或解除医（药、技）师医保服务资格行政处罚、纳入失信联合惩戒对象、较大数额罚款等行政处罚决定的，应当由作出处罚决定的医疗保障行政部门函告卫生健康、市场监管等有关部门。

对以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保障基金支出的，其直接责任人员和直接负责的主管人员有执业资格的，医疗保障行政部门可建议有权机关依法作出吊销执业资格的决定。

第四十条 医疗保障行政部门作出行政处罚决定，应当制作行政处罚决定书，并加盖本部门印章。行政处罚决定书的内容包括：当事人的姓名或者名称、地址等基本情况；违反法律、

法规或者规章的事实和证据；当事人陈述、申辩的采纳情况及理由；行政处罚的种类和依据；行政处罚的履行方式和期限；不服行政处罚决定，申请行政复议或者提起行政诉讼的途径和期限；作出行政处罚决定的医疗保障行政部门的名称和作出决定的日期。

第四十一条 违法行为造成医疗保障基金损失的，医疗保障行政部门在下达行政处罚决定书后，应当将违法行为及违法行为造成的基金损失情况，包括违法定点机构信息、违法事实、违法骗取基金金额等移交基金管理、支付的经办机构，经办机构应当依据行政处罚决定、协议管理办法等责令当事人退还医疗保障基金。

第四十二条 医疗保障行政处罚案件应当自立案之日起九十个工作日内作出处理决定。因案情复杂或者其他原因，不能在规定期限内作出处理决定的，经医疗保障行政部门负责人批准，可以延长三十个工作日。案情特别复杂或者有其他特殊情况，经延期仍不能作出处理决定的，应当由医疗保障行政部门负责人集体讨论决定是否继续延期，决定继续延期的，应当同时确定延长的合理期限。

案件处理过程中，中止、听证、公告和检测检验、鉴定等时间不计入前款所指的案件办理期限。

移交的案件，案件办理期限自接收部门立案之日起计算。

第六章 执行与结案

第四十三条 行政处罚决定依法作出后，当事人应当在行政处罚决定的期限内予以履行。

当事人对行政处罚决定不服申请行政复议或提起行政诉讼的，行政处罚不停止执行，法律另有规定的除外。

（一）当事人确有经济困难，需要延期或者分期缴纳罚款的，应当提出书面申请。经医疗保障行政部门负责人批准，同意当事人延期或者分期缴纳罚款的，医疗保障行政部门应当书面告知当事人延期或者分期的期限。

（二）当事人逾期不履行行政处罚决定、不缴纳罚款的，医疗保障行政部门可每日按罚款数额的百分之三加处罚款，加处罚款前应告之当事人。

（三）当事人在法定期限内不申请行政复议或者提起行政诉讼，又不履行处罚决定的，医疗保障行政部门应当催告当事人履行义务。催告书送达十日后当事人仍未履行义务的，可以在法定期限届满之日起三个月内，依法向有管辖权的人民法院申请强制执行。

第四十四条 适用一般程序的案件有以下情形之一的，办案机构应当在十五个工作日内填写结案审批表，经医疗保障行政部门负责人批准后，予以结案：

- （一）行政处罚决定执行完毕的；
- （二）人民法院裁定终结执行的；
- （三）案件终止调查的；
- （四）作出本规定第三十九条第二、三、四、五款决定的；
- （五）其他应予结案的情形。

第四十五条 结案后，调查人员应当将案件材料按照档案管理有关规定立卷归档。案卷归档应当一案一卷、材料齐全、

规范有序。案卷可以分正卷、副卷。

正卷按照下列顺序归档：（一）立案审批表；（二）行政处罚决定书及送达回证；（三）对当事人制发的其他法律文书及送达回证；（四）证据材料；（五）听证笔录；（六）财物处理单据；（七）其他有关材料。

副卷按照下列顺序归档：（一）案源材料；（二）案件调查终结报告；（三）审核意见；（四）听证报告；（五）结案审批表；（六）其他有关材料。

案卷的保管和查阅，按照档案管理的有关规定执行。

第四十六条 医疗保障行政部门实施行政执法，应当全面推行行政执法公示制度。按照“谁执法、谁公示；谁检查，谁公示；谁查处，谁公示”的原则，行政执法信息产生机构应及时收集、整理执法信息，并对信息的准确性、完整性、时效性负责。

第四十七条 行政执法全过程记录应当遵循合法、客观、准确、公正的原则。医疗保障行政部门应当通过文字、音像等记录形式，对行政处罚的立案调查、审核决定、送达执行等全过程进行记录，并全面系统归档保存。行政执法全过程记录由作出行政处罚决定的医疗保障行政部门负责。

第七章 期间、送达

第四十八条 期间以时、日、月计算，期间开始的时或者日不计算在内。期间不包括在途时间。期间届满的最后一日为法定节假日的，以法定节假日后的第一日为期间届满的日期。

第四十九条 医疗保障行政部门送达行政处罚决定书，应

当在宣告后当场交付当事人。当事人不在场的，应当在七日内按照以下方式将行政处罚决定书送达当事人：

（一）直接送达的，由受送达人在送达回证上注明签收日期，并签名或者盖章，受送达人在送达回证上注明的签收日期为送达日期。行政处罚决定书一般应当直接送达。受送达人是自然人的，本人不在时交其同住成年家属签收；受送达人是法人或者其他组织的，应当由法人、其他组织的主要负责人签收；受送达人有代理人的，可以送交其代理人签收；受送达人已向医疗保障行政部门指定代收人的，送交代收人签收。送达回证上签收的日期为送达日期。

（二）受送达人或者其同住成年家属拒绝签收的，医疗保障行政部门可以邀请有关基层组织或者所在单位的代表到场，说明情况，在送达回证上载明拒收事由和日期，由送达人、见证人签名或者以其他方式确认，将执法文书留在受送达人的住所；也可以将执法文书留在受送达人的住所，并采取拍照、录像等方式记录送达过程，即视为送达。

（三）直接送达有困难的，可以邮寄送达或者委托当地医疗保障行政部门代为送达。邮寄送达的，以回执上注明的收件日期为送达日期；委托送达的，受送达人的签收日期为送达日期。

（四）除行政处罚决定书外，经受送达人同意，可以采用手机短信、传真、电子邮件、即时通讯账号等能够确认其收悉的电子方式送达执法文书，医疗保障行政部门应当通过拍照、截屏、录音、录像等方式予以记录，手机短信、传真、电子邮

件、即时通讯信息等到达受送达人特定系统的日期为送达日期。

（五）受送达人下落不明或者采取上述方式无法送达的，可以在医疗保障行政部门公告栏和受送达人住所地张贴公告，也可以在报纸或者医疗保障行政部门门户网站等刊登公告。自公告发布之日起经过六十日，即视为送达。公告送达，应当在案件材料中载明原因和经过。在医疗保障行政部门公告栏和受送达人住所地张贴公告的，应当采取拍照、录像等方式记录张贴过程。

（六）医疗保障行政部门可以要求受送达人签署送达地址确认书，送达至受送达人确认的地址，即视为送达。受送达人送达地址发生变更的，应当及时书面告知医疗保障行政部门；未及时告知的，医疗保障行政部门按原地址送达，视为依法送达。因受送达人提供的送达地址不准确、送达地址变更未书面告知医疗保障行政部门，导致执法文书未能被受送达人实际接收的，文书退回之日视为送达之日。

第八章 简易程序

第五十条 违法事实确凿并有法定依据，对自然人处以五十元以下、对法人或者其他组织处以一千元以下罚款的行政处罚，可以当场作出行政处罚决定。

适用简易程序当场查处违法行为，执法人员应当向当事人出示执法证件，当场调查违法事实，收集必要证据，填写预定格式、编有号码的行政处罚决定书。

行政处罚决定书应当有执法人员签名或者盖章，并当场送

达当事人。

第五十一条 当场制作的行政处罚决定书应当载明当事人的基本情况、违法行为、行政处罚依据、处罚种类、罚款数额、缴款途径和期限、救济途径、部门名称、时间、地点，并加盖医疗保障行政部门印章。

第五十二条 执法人员在行政处罚决定作出前，应当告知当事人作出行政处罚的事实、理由和依据，并告知当事人有权进行陈述和申辩。当事人进行陈述和申辩的，执法人员应当记入笔录。

第五十三条 适用简易程序查处的案件有关材料，执法人员应当在作出行政处罚决定之日起七个工作日内交至所在的医疗保障行政部门归档保存。

第九章 附 则

第五十四条 行政执法参考文书样式，由河北省医疗保障行政部门统一制定。各级医疗保障行政部门可以参照文书样式，制定本行政区域适用的行政执法文书格式并自行印制。

第五十五条 本规程自发布之日起施行。

附件

河北省医疗保障行政执法参考文书样式

1. 案件来源登记表
2. 案件移送函
3. 指定管辖决定书
4. 案件交办通知书
5. 涉嫌犯罪案件移送书
6. 立案（不予立案）审批表
7. 现场笔录
8. 现场照片及说明
9. 询问通知书
10. 询问笔录
11. 调取证据材料通知书
12. 协助调查函
13. 先行登记保存证据通知书
14. 解除先行登记保存证据通知书
15. 封存决定书
16. 延长封存期限决定书
17. 解除封存决定书
18. 物品清单

19. 行政处罚案件有关事项审批表
20. 警告、责令改正通知书
21. 案件调查终结报告
22. 重大法制案件审核意见
23. 行政处罚听证告知书
24. 行政处罚听证通知书
25. 听证笔录
26. 听证报告
27. 行政处理决定审批表
28. 行政处罚决定书
29. 不予行政处罚决定书
30. 延期/分期缴纳罚款通知书
31. 行政处罚决定履行催告书
32. 结案审批表
33. 送达方式及地址确认书
34. 送达回证
35. 回避决定书
36. 卷内文件目录及卷宗封面

参考文书样式 1

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		☐ 日常监督检查		☐ 投诉举报		☐ 经办机构移交			
		☐ 其他部门移送		☐ 上级交办		☐ 其他			
案源提供人	调查人	姓名				所属单位			
		姓名				所属单位			
	举报人	单位	名称						
			法定代表人（负责人）						
		个人	姓名			身份证（其他有效证件）号码			
			联系电话				其他联系方式		
			联系地址						
	移送、交办部门	名称							
		联系人				联系电话			
		联系地址							
当事人	名称（姓名）								
	住所（住址）								
	联系电话				其他联系方式				
案源登记内容	登记人：年 月 日								
案源处理意见	办案机构负责人：年 月 日								
备注	(需要附件说明的, 注明附件主要内容及页数)								

参考文书样式 2

_____医疗保障局案件移送函

_____医保__〔__〕__号

_____:

我局于____年__月__日对_____一案进行初步调查，调查中发现，不属于我局管辖\我局管辖困难，根据规定，现将该案移送你单位处理。

特此移送。案件查处结果请及时函告我局。

附件：有关材料

联系人： 联系电话：

(印 章)

年 月 日

参考文书样式 3

_____医疗保障局指定管辖决定书

_____医保__〔____〕__号

_____:

根据《中华人民共和国行政处罚法》第二十一条的规定，特指定你局办理下列案件：_____。

指定管辖案件办理要求：

1. 接到本决定书后_____日内与_____办理案件相关材料交接手续；
2. 依法、及时办理此案。如行为涉嫌犯罪，按规定移送公安机关；
3. 结案后____日内向我局报告、备案。

(印 章)

年 月 日

本文书一式__份，____份送达，____份归档，_____。

参考文书样式 4

_____医疗保障局案件交办通知书

_____医保__〔__〕__号

_____:

根据《河北省医疗保障行政执法暂行规程》第七条的规定，
现将_____一案交由你局查
办。请依法处理，并将处理结果及时报送我局。

附件：相关材料

联系人：_____ 联系电话：_____

(印 章)

年 月 日

本文书一式_____份，_____份送达，_____份归档，_____。

参考文书样式 5

医疗保障局涉嫌犯罪案件移送书

____医保__〔____〕__号

_____:

_____一案/案件线索，经调查，当事人存在_____行为，涉嫌构成犯罪。依据《中华人民共和国行政处罚法》第二十二条、《公安机关受理行政执法机关移送涉嫌犯罪案件规定》第二条的规定，现将该案移送你单位。

附件：相关材料

联系人： 联系电话：

（印 章）
年 月 日

抄送：XXXX 人民检察院（视情况）

本文书一式____份，____份送达，____份归档，_____。

参考文书样式 6

医疗保障局立案/不予立案审批表

_____ 医保__（__）_号

当事人	单位	名称				
		统一社会信用代码				
		法定代表人（负责人）				
	个体工商户 或 个人	字号名称		统一社会信用代码（注册号）		
		姓名		身份证（其他有效证件）号码		
	住所（住址）					
案由						
案源登记 时间						
核查情况及立案 （不予立案）理由		经办人： 年 月 日				
办案机构 负责人意见		办案机构负责人： 年 月 日				
医疗保障部门 负责人意见		负责人： 年 月 日				
备 注						

参考文书样式 7

医疗保障局现场笔录

时 间：____年__月__日__时__分至____年__月__日__时__分

地点：

执法人员：_____执法证号：_____

执法人员：_____执法证号：_____

当事人：_____

主体资格证照名称：_____

统一社会信用代码（注册号）：_____

住所（住址）：_____

法定代表人（负责人、经营者）：_____

身份证（其他有效证件）号码：_____

联系电话：_____其他联系方式：_____

联系地址：_____

通知当事人到场情况：_____

执法人员：我们是_____的执法人员。现向你出示我们的执法证件，你是否看清楚？

当事人：_____

执法人员：你有权进行陈述和申辩。你应当如实回答询问，

当事人（签名或者盖章）：_____年 月 日

见证人（签名或者盖章）：_____年 月 日

执法人员：____、_____年 月 日

第 页，共 页

并协助调查或者检查，不得阻挠。你认为执法人员与你（单位）有直接利害关系的，依法有申请回避的权利。你是否申请执法人员回避？

当事人：

（如实施行政强制措施，当场告知当事人采取行政强制措施的理由、依据以及依法享有的权利、救济途径情况：

当事人的陈述和申辩：

现场情况：

执法人员：以上是本次现场检查的情况记录，请核对/已向你宣读。如果属实请签名。

当事人（签名或者盖章）：_____年 月 日

见证人（签名或者盖章）：_____年 月 日

执法人员：____、_____年 月 日

第 页，共 页

参考文书样式 8

医疗保障局现场照片及说明

反映内容:	
拍摄地点:	
拍摄时间: ____年__月__日__时__分 拍摄人:	
当事人:	
见证人:	
执法人员:	执法证号:
执法人员:	执法证号:
备注:	

参考文书样式 9

医疗保障局询问通知书

____医保__〔____〕__号

_____:

为调查了解_____

，请于____年____月____日____时____分到_____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.

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

执法人员：_____

联系电话：_____

（印 章）

年 月 日

本文书一式____份，____份送达，____份归档，_____。

参考文书样式 10

医疗保障局询问笔录

时间：__年__月__日__时__分至__年__月__日__时__分第____次

地点：_____

询问人：_____执法证号：_____

_____执法证号：_____

被询问人：_____性别：_____

身份证（其他有效证件）号码：_____

工作单位：_____职务：_____

联系电话：_____其他联系方式：_____

联系地址：_____

询问人：你好，我们是_____的执法人员，已向你出示了我们的执法证件。你是否看清楚？

被询问人：

问：我们依法就有关问题进行调查，请予配合。依照法律规定，你有权进行陈述和申辩。如果你认为调查人员与本案有直接利害关系的，依法有申请回避的权利，你是否申请调查人员回避？

答：

问：你应当如实回答，并协助调查，不得阻挠。你是否明白？

答：

被询问人：_____年__月__日

询问人：____、____年__月__日

第__页，共__页

(续 页)

被询问人：_____年 月 日

询问人：____、_____年 月 日

第 页，共 页

(尾 页)

询问人：以上是本次询问情况的记录，请核对/已向你宣读。

如果属实请签名。

被询问人：_____年 月 日

询问人：____、_____年 月 日

第 页，共 页

_____医疗保障局调取证据材料通知书

_____医保__〔__〕__号

_____:

因调查_____一案的需要,根据《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条,现介绍_____等_____名同志前来你(单位)处调取下列证据材料:

- 1.
- 2.
- 3.

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:

(印章)

年 月 日

本文书一式_____份, _____份送达, _____份归档, _____。

医疗保障局协助调查函

____医保__〔____〕__号

_____:

我局在办理_____一案中,因_____,依据《河北省医疗保障行政执法暂行规程》第十七条的规定,请你局协助调查以下事项:

- 1.
- 2.
- 3.

请贵局于__月__日前将调查结果加盖公章,连同相关证据材料送我局。需要延期完成或者无法协助的,请及时告知我局。

联系人: 联系电话:

(印章)
年 月 日

本文书一式__份, __份送达, __份归档, _____。

医疗保障局先行登记保存证据 通知书

____医保__〔__〕__号

当事人：_____
主体资格证照名称：_____
统一社会信用代码（注册号）：_____
住所（住址）：_____
法定代表人（负责人、经营者）：_____
身份证（其他有效证件）号码：_____
联系电话：_____其他联系方式：_____

为调查你（单位）涉嫌_____一案，依据《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条第二款的规定，本局决定对你（单位）有关证据〔详见《物品清单》（文书编号：_____）〕采取先行登记保存措施。先行登记保存的证据，存放在_____。在此期间，你（单位）或者有关人员不得损毁、销毁或者转移证据。

本局将在__日内对先行登记保存的证据依法作出处理决定。逾期未作出处理决定的，先行登记保存措施自动解除。

联系人：_____联系电话：_____

附件：《物品清单》（文书编号：_____）

（印章）

年 月 日

本文书一式__份，__份送达，__份归档，_____。

_____医疗保障局解除先行登记保存证据 通知书

_____医保_____〔____〕____号

_____:

本局于____年____月____日作出《先行登记保存证据通知书》
(____医保____〔____〕____号), 对你(单位)有关证据采取先行登
记保存措施。现决定自____年____月____日起对全部/部分证据
(详见《物品清单》文书编号:_____)予以解除先行登记
保存措施。

联系人: _____ 联系电话: _____

附件: 《物品清单》(文书编号: _____)

(印 章)

年 月 日

本文书一式____份, ____份送达, ____份归档, _____。

医疗保障局封存决定书

____ 医保 ____ (____) ____ 号

当事人：_____

主体资格证照名称：_____

统一社会信用代码（注册号）：_____

住所（住址）：_____

法定代表人（负责人、经营者）：_____

身份证（其他有效证件）号码：_____

联系电话：其他联系方式：_____

经查，你（单位）涉嫌____，本局依据《社会保险法》第七十九条第一款的规定，决定对有关物品〔详见《物品清单》（文书编号：_____）〕予以封存。

1. 封存物品地点：

2. 封存期限为____日。情况复杂，需要延长期限的，本局将书面告知。封存期间不包括检测、检验、检疫或者技术鉴定的期间。

3. 封存物品应当妥善保管，不得使用或者损毁。

如对本决定不服，可以在收到本决定之日起____日内向本级人民政府或者上一级医疗保障局申请行政复议；也可以在____月内依法向法院提起行政诉讼。

联系人：联系电话：

附件：《物品清单》（文书编号：_____）

（印章）

年 月 日

本文书一式____份，____份送达，____份归档，_____。

医疗保障局延长封存期限决定书

____医保__〔____〕__号

_____:

本局于____年__月__日作出《封存决定书》（__医保〔__〕号），对你（单位）有关物品[详见《物品清单》（文书编号：____）]予以封存。因情况复杂，依据《中华人民共和国行政强制法》第二十五条第一款、第二款的规定，经本局负责人批准，决定将封存期限延长至____年__月__日。

你（单位）可以对本延长行政强制措施期限决定进行陈述和申辩。如对本延长行政强制措施期限决定不服，可以在收到本决定之日起____日内向本级人民政府或者上一级医疗保障局申请行政复议；也可以在____月内依法向法院提起行政诉讼。

联系人：

联系电话：

（印章）

年 月 日

本文书一式__份，__份送达，__份归档，_____。

医疗保障局解除封存决定书

____医保__〔__〕__号

_____:

本局于____年__月__日作出《封存决定书》（__医保__〔__〕号），对你（单位）有关物品予以封存，[并于____年__月__日作出《延长封存期限决定书》（__医保__〔__〕__号，将行政强制措施期限延长至____年__月__日]。依据_____

的规定，本局决定自 ____年__月__日起对全部/部分物品 [详见《物品清单》（文书编号：_____）] 予以解除行政强制措施。

联系人：

联系电话：

附件：《物品清单》（文书编号：_____）

（印章）

年__月__日

本文书一式__份，__份送达，__份归档，_____。

医疗保障局封存物品清单

编号	名称	数量	规格	型号	备注

当事人（签名或盖章）：

执法人员（签名或盖章）：

本文书一式____份，____份送达，__份归档，_____。

_____医疗保障局

行政处罚案件有关事项审批表

案件名称	
审批事项	
提请审批的理由、依据及处理意见	经办人： 年 月 日
经办处室负责人意见	经办处室负责人： 年 月 日
分管领导意见	分管领导： 年 月 日
备注	

医疗保障局 警告、责令改正通知书

医保 () 号

经查，你（单位）_____的行为，违反了_____的规定。现责令你（单位）改正。

改正内容及要求:

- 1.
- 2.
- 3.

如对本责令改正决定不服,可以在收到本通知书之日起 日内向 人民政府或者 医疗保障局申请行政复议;也可以在 月内依法向法院提起行政诉讼。

联系人:

联系电话:

(印章)

年 月 日

本文书一式 份, 份送达, 份归档, 。

医疗保障局案件调查终结报告

当事人_____因涉嫌_____，
我局于____年____月____日予以立案调查，指定____、____为调查人员。现已调查终结，报告如下。

当事人基本情况：

案件来源、调查经过及采取行政强制措施的情况：

调查认定的事实：

上述事实，主要有以下证据证明：

- 1.
- 2.

自由裁量理由等其他需要说明的事项：

处理意见及依据：

执法人员（签名）：_____年 月 日
_____年 月 日
办案机构负责人（签名）：_____年 月 日

医疗保障局

重大法制案件审核意见

案件名称			
办案机构			
送审时间	年 月 日	退卷时间	年 月 日
审核意见和 建议	审核人： 年 月 日		
审核机构 负责人 意见	审核机构负责人： 年 月 日		
备 注			

医疗保障局 行政处罚听证告知书

____医保____〔____〕____号

由本局立案调查的你(单位)涉嫌_____一案，已调查终结。依据《中华人民共和国行政处罚法》第三十一条的规定，现将本局拟作出行政处罚的事实、理由、依据及处罚内容告知如下：

- 1.
- 2.
- 3.

依据《中华人民共和国行政处罚法》第四十二条第一款的规定，你单位有权进行陈述、申辩，并可要求举行听证。你单位自收到本告知书之日起三个工作日内，未行使陈述、申辩权，未要求举行听证的，视为放弃此权利。

联系人:

联系电话:

(印章)

年 月 日

本文书一式 份, 份送达, 份归档, 。

医疗保障局 行政处罚听证通知书

_____医保__〔____〕__号

:

根据你（单位）的要求，本局决定于____年____月____日____时在对你（单位）涉嫌_____一案公开/不公开举行听证，请准时出席。如无正当理由不到场听证的，本局将依法终止听证。

本次听证会由_____担任听证主持人，（_____担任听证员），担任记录员，（_____担任翻译人员）。依据《中华人民共和国行政处罚法》第四十二条第一款第四项的规定，如认为上述人员与你（单位）有直接利害关系，你（单位）有申请回避的权利。

如果委托代理人（一至二人）代为参加听证，请提交由委托人签名或者盖章的授权委托书，委托书应当载明委托事项及权限。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。请参加人员携带身份证件原件，委托代理人还应当携带授权委托书。

联系人：

联系电话：

（印 章）

年____月____日

本文书一式____份，____份送达，____份归档，_____。

医疗保障局听证笔录

案件名称：

时间：__年__月__日__时__分至__时__分

地点：

听证主持人：_____听证员：_____

记录员：_____（翻译人员：_____）

执法人员：_____、_____

当事人：_____法定代表人（负责人）：_____

委托代理人：_____

证件名称及号码：_____

其他参加人：

记录员：经查，听证参加人已到场，现在宣布听证纪律：

（一）服从听证主持人的指挥，未经听证主持人允许不得发言、提问；

（二）未经听证主持人允许不得录音、录像和摄影等；

（三）听证参加人未经听证主持人允许不得退场；

（四）不得大声喧哗，不得鼓掌、哄闹或者进行其他妨碍听证秩序的活动。

参加听证会人员应依法遵守听证会要求，否则承担相应法律后果。

报告听证主持人，听证准备就绪。

听证主持人：现在核对听证参加人。

执法人员（签名）：_____年 月 日

当事人、委托代理人（签名、盖章）：_____年 月 日

第三人、其他听证参加人（签名、盖章）：_____年 月 日

第 页，共 页

当事人及委托代理人：

执法人员：

第三人：

其他参加听证人：

听证主持人：已核对当事人、委托代理人、第三人、其他参加听证人和执法人员的身份。现在宣布听证会开始进行。本局于____年__月__日依法向当事人送达了《行政处罚听证通知书》。经申请举行_____一案听证会。本次听证主持人是____，听证员是____，记录员是____，翻译人员是____。

现告知听证参加人在听证中的权利和义务。

当事人（委托代理人）享有以下权利：1. 有权放弃听证；2. 有权申请听证主持人、听证员、记录员、翻译人员回避；3. 有权当场提出证明自己主张的证据；4. 有权进行陈述和申辩；5. 经听证主持人允许，可以对相关证据进行质证；6. 经听证主持人允许，可以向到场的证人、鉴定机构代表发问；7. 有权对听证笔录进行核对，认为无误后签名或者盖章。

第三人享有以下权利：1. 有权当场提出证明自己主张的证据；2. 有权进行陈述；3. 经听证主持人允许，可以对相关证据进行质证；4. 经听证主持人允许，可以向到场的证人、鉴定人发问；5. 有权对听证笔录进行核对，认为无误后签名或者盖章。

其他听证参加人履行以下义务：1. 遵守听证纪律；2. 在

执法人员（签名）：_____年 月 日

当事人、委托代理人（签名、盖章）：_____年 月 日

第三人、其他听证参加人（签名、盖章）：_____年 月 日

第 页，共 页

审核无误的听证笔录上签名或者盖章。

听证主持人：当事人（委托代理人）是否申请听证主持人、记录员（听证员、翻译人员）回避？

当事人（委托代理人）：_____

听证主持人：现在请执法人员提出当事人违法的事实、证据、行政处罚建议及依据。

听证主持人：现在请当事人（委托代理人）进行陈述和申辩。

听证主持人：现在请第三人进行陈述。

听证主持人：现在开始质证和辩论。

听证主持人：请第三人陈述你的最后意见。

听证主持人：请执法人员陈述最后意见。

听证主持人：请当事人（委托代理人）陈述最后意见。

听证主持人：现在宣布听证结束。请听证参加人核对听证笔录，无误后请签名或者盖章。

执法人员（签名）：_____年 月 日

当事人、委托代理人（签名或者盖章）：_____年 月 日

第三人、其他听证参加人（签名或者盖章）：_____年 月 日

第 页，共 页

医疗保障局听证报告

案件名称：

时间：____年__月__日__时__分至__时__分

地点：_____

听证主持人：_____听证员：_____

记录员：_____（翻译人员：）

执法人员：____、_____

当事人：_____法定代表人（负责人）：_____

委托代理人：_____证件名称及号码：_____

其他参加人：_____

听证的基本情况：_____

处理意见及建议：

(需要报告的其他事项：)

听证主持人： _____ 年 月 日

听 证 员： _____ 年 月 日

第 页，共 页

参考文书样式 27

医疗保障局行政处理决定审批表

案件名称	
立案时间	年 月 日
行政处理决定建议类别	☐ 给予行政处罚 ☐ 不予行政处罚 ☐ 违法事实不能成立，予以结案 ☐ 移送其他行政管理部门 ☐ 移送公安（司法）机关 ☐ 其他
是否经过复核（听证）程序	☐ 当事人未提出陈述、申辩意见或者未申请听证 ☐ 案件经复核或者听证
建议作出行政处理决定的主要事实、理由、依据及内容	执法人员： 年 月 日
当事人陈述、申辩或者听证中提出的主要意见	
复核意见或者听证意见	
办案机构负责人意见	办案机构负责人： 年 月 日
部门负责人意见	部门负责人： 年 月 日
备注	

_____医疗保障局行政处罚决定书

_____医保__〔____〕__号

当事人：_____

主体资格证照名称：_____

统一社会信用代码（注册号）：_____

住所（住址）：_____

法定代表人（负责人、经营者）：_____

身份证（其他有效证件）号码：_____

联系电话：_____其他联系方式：_____

联系地址：_____

_____（案件来源、调查经过及采取行政强制措施的情况）

_____（违反法律、法规或者规章的事实）

上述事实，主要有以下证据证明：

_____（当事人陈述、申辩情况，当事人陈述、申辩的采纳情况及理由；行政处罚告知、行政处罚听证告知情况，以及复核、听证过程及意见）

（案件性质、自由裁量的事实和理由）

（行政处罚的内容和依据）

（行政处罚的履行方式和期限）

（救济途径和期限）

（印章）

年 月 日

本文书一式___份，___份送达，___份归档，___。

参考文书样式 29

医疗保障局不予行政处罚决定书

____医保__（____）__号

当事人：

主体资格证照名称：

统一社会信用代码（注册号）：

住所（住址）：

法定代表人（负责人、经营者）：

身份证（其他有效证件）号码：

联系电话：其他联系方式：

联系地址：

（案件来源、调查经过及采取行政强制措施的情况）

（违反法律、法规或者规章的事实）

上述事实，主要有以下证据证明：

（当事人陈述、申辩情况，当事人陈述、申辩的采纳情况及理由；行政处罚告知、行政处罚听证告知情况，以及复核、听证过程及意见）

（案件性质、不予行政处罚的决定和理由）

（救济途径和期限）

（印 章）
年 月 日

本文书一式____份，____份送达，____份归档，_____。

医疗保障局延期/分期缴纳罚款 通知书

____医保__〔__〕__号

_____:

本局于____年__月__日对你（单位）作出行政处罚决定（《行政处罚决定书》__医保__〔__〕__号），处罚款____元。你（单位）于____年__月__日向本局提出延期/分期缴纳罚款的申请。

依据《中华人民共和国行政处罚法》第五十二条、《河北省医疗保障行政执法暂行规程》第四十三条第一款的规定，同意你（单位）_____的申请。逾期后仍不缴纳罚款的，依据《中华人民共和国行政处罚法》第五十一条的规定处理。

（印 章）

年 月 日

本文书一式__份，__份送达，__份归档，_____。

医疗保障局行政处罚决定履行 催告书

____医保__〔____〕__号

____:

本局于____年__月__日对你(单位)作出行政处罚决定(《行政处罚决定书》__医保__〔____〕__号)。你(单位)在法定期限内对该《行政处罚决定书》确定的下列义务没有履行:

- 1.
- 2.
- 3.

依据《中华人民共和国行政强制法》第五十四条的规定,本局现催告你(单位)自收到本催告书之日起十日内按照该《行政处罚决定书》确定的方式依法履行上述义务。

收到本催告书后,你(单位)有权进行陈述、申辩。无正当理由逾期仍不履行上述义务的,本局将依法申请人民法院强制执行。

联系人:

联系电话:

(印章)

年 月 日

本文书一式__份, __份送达, __份归档, ____。

参考文书样式 32

医疗保障局结案审批表

案件名称			
立案日期		案件承办人员	
处理决定文书		处理决定日期	
结案情形	☐行政处罚决定执行完毕☐人民法院裁定终结执行 ☐案件终止调查☐不予行政处罚 ☐违法事实不能成立☐移送其他行政管理部门 ☐移送司法（公安）机关☐其他：		
行政处罚内容			
行政处罚决定的执行方式	☐主动履行 ☐强制执行 ☐其他：	罚没财物 处置情况	
案件承办人员 意见	案件承办人员： 年 月 日		
办案机构 负责人意见	负责人： 年 月 日		
部门负责人 意见	负责人： 年 月 日		
备 注			

参考文书样式 33

送达方式及地址确认书

案由		立案号	
当事人填写送达地址确认书的告知事项	1. 为便于当事人及时收到法律文书，保证执法程序顺利进行，当事人应当如实提供确切的送达地址； 2. 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； 3. 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； 4. 如果提供的地址不确切，或不及时告知变更后的地址，使法律文书无法送达或及时送达，当事人将自己承担由此可能产生的法律后果。		
当事人提供自己的送达地址	1. 确认下列地址为送达地址： 地址：_____ 邮编：_____ 收件人：_____ 电话：_____ 2. 指定以下代收人地址为送达地址： 代收人：_____ 与本人关系：_____ 地址：_____ 邮编：_____ 3. 指定下列现代通讯方式送达： (1) 手机短信，接收号码：_____ (2) 传真，接收号码：_____ (3) 电子邮件，邮箱地址：_____ (4) 其他方式及码址：_____ 4. 其他联系方式：		
当事人对自己送达地址的确认	我已经阅读了（听明白）上述告知事项，并保证上述送达地址是准确、有效的。 当事人签名、盖章：_____ _____ 年 月 日		
执法人员签名	_____ 年 月 日		
备注			

医疗保障局送达回证

送达文书名称 及编号	
受送达人	
送达时间	
送达地点	
送达方式	
收件人	收件人： (签章) 年 月 日
送达人	送达人： 医疗保障局 (公章) 年 月 日
见证人	见证人： (签章) 年 月 日
备注	

_____医疗保障局回避决定书

_____医保__〔____〕__号

申请人：

法定代表人(负责人)：联系电话：

被申请人：

工作单位及职务：

申请人于____年__月__日以_____为由，
申请办理一案的被申请人_____进行回避。

经审查，本机关认为。根据的规定，决定如下：

- 1.
- 2.
- 3.

(印章)
年 月 日

参考文书样式 36

全宗号	目录号	案卷号

全宗名称	_____医疗保障局		
档案类别	行政处罚案件卷宗		
案件名称			
行政处罚（不予行政处罚） 决定书文号		办案机构	
办案日期	立案日期 年 月 日 结案日期 年 月 日	保管期限	
本卷共件页		归档号	

卷内文件目录

序号	文号	文件名称	日期	页号	备注

