附件5

定点医药机构医保信用异议申请书

评级告知书文号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | |
| 统一社会信用代码 |  | 联系电话 |  |
| 异议申请内容：（可附相关证明材料）  公章：  日期： | | | |
| 医疗保障经办机构意见：  公章：  日期： | | | |