附件6

定点医药机构医保信用修复申请书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医药机构 | 机构名称 |  | | |
| 统一社会  信用代码 |  | 联系电话 |  |
| 不良信用 | 文书号 |  | 时间区间 |  |
| 本单位声明，已主动纠正失信行为、消除不良影响、履行处理决定，现申请信用修复，后附整改报告和佐证材料。  公章：  日期： | | | | |
|
|
|
|
|
|
| 医疗保障经办机构意见：      公章：  日期： | | | | |
| 本文书一式两份，经办机构留存一份，医药机构留存一份。 | | | | |