附件5

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请修复的失信主体 | 名称 | （填写法人单位名称或自然人名称） | | |
| 统一社会信用代码 | （自然人填写身份证号） | | |
| 法定代表人 |  | 联系方式 |  |
| 失信信息  内容 |  | | |
| 医疗保障部门意见 | 修复条件  认定情况 | 经核实，不良信息主体已履行法定责任和义务，社会不良影响基本消除。  至申请日，不良信息已披露 年 个月， 期间未产生新的记入信用档案的同类不良信息。 | | |
| 修复  处理  意见 | 单位（盖章）  年 月 日 | | | |