

# 医疗保障行政执法文书制作指引与文书样式

2020年7月

国家医疗保障局

2020年7月



## 目 录

|                      |    |
|----------------------|----|
| 一、执法文书制作的基本要求 .....  | 5  |
| (一) 执法文书制作技术要求 ..... | 5  |
| (二) 必要文书和选用文书 .....  | 6  |
| 二、医疗保障行政执法文书样式 ..... | 8  |
| (一) 立案阶段 .....       | 8  |
| 1. 行政检查启动 .....      | 8  |
| 行政检查审批表 .....        | 10 |
| 2. 行政处罚立案 .....      | 12 |
| 案件来源登记表 .....        | 14 |
| ☆投诉举报记录 .....        | 17 |
| 立案(不予立案)审批表 .....    | 19 |
| 立案通知书 .....          | 22 |
| 不予立案告知书 .....        | 24 |
| 送达地址确认书 .....        | 26 |
| (二) 调查取证阶段 .....     | 28 |
| 询问笔录 .....           | 31 |
| 现场检查通知书 .....        | 36 |
| 检查笔录 .....           | 38 |
| 案件处理审批表 .....        | 43 |
| ☆授权委托书 .....         | 46 |
| ☆协助调查函 .....         | 48 |
| 调取证据材料通知书 .....      | 50 |
| 证据清单 .....           | 52 |

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| 调查终结报告 .....          | 55  |
| 现场检查报告 .....          | 59  |
| ☆中止调查通知书 .....        | 61  |
| ☆恢复调查通知书 .....        | 63  |
| (三) 采取行政强制措施 .....    | 65  |
| ☆先行登记保存决定书 .....      | 66  |
| ☆先行登记保存证物处理决定书 .....  | 69  |
| ☆先行登记保存证物/处理清单 .....  | 72  |
| ☆查封（扣押）决定书 .....      | 75  |
| ☆延长查封（扣押）决定书 .....    | 78  |
| ☆解除查封（扣押）决定书 .....    | 81  |
| ☆（解除）查封（扣押）物品清单 ..... | 83  |
| (四) 事先告知阶段 .....      | 87  |
| ☆案件集体讨论记录 .....       | 89  |
| 行政处罚事先告知书 .....       | 93  |
| 陈述、申辩笔录 .....         | 96  |
| ☆听证通知书 .....          | 101 |
| ☆听证公告 .....           | 103 |
| ☆听证笔录 .....           | 105 |
| ☆听证报告 .....           | 110 |
| (五) 决定阶段 .....        | 113 |
| 1. 行政检查 .....         | 113 |
| 2. 行政处罚 .....         | 113 |
| 案件处理呈报书 .....         | 116 |
| ☆法制审核意见表 .....        | 117 |

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| 行政处理决定书 .....           | 119 |
| 不予行政处罚决定书 .....         | 123 |
| ☆行政建议书 .....            | 126 |
| 当场行政处罚决定书 .....         | 128 |
| ☆案件移送函 .....            | 132 |
| ☆涉嫌犯罪案件移送函 .....        | 134 |
| ☆移送案件涉案物品清单 .....       | 136 |
| (六) 送达执行阶段 .....        | 138 |
| 送达回证 .....              | 139 |
| ☆督促履行义务催告书 .....        | 141 |
| ☆分期(延期) 缴纳罚款申请书 .....   | 143 |
| ☆同意分期(延期) 缴纳罚款通知书 ..... | 145 |
| ☆不予分期(延期) 缴纳罚款通知书 ..... | 147 |
| ☆责令改正情况复查记录 .....       | 149 |
| ☆行政处罚强制执行申请书 .....      | 151 |
| (七) 结案阶段 .....          | 155 |
| 1. 行政检查 .....           | 155 |
| 2. 行政处罚 .....           | 155 |
| 结案审批表 .....             | 156 |
| 行政处罚案卷 .....            | 158 |
| 卷内文件目录 .....            | 160 |
| 行政检查案卷 .....            | 162 |
| 三、医疗保障飞行检查执法文书样式 .....  | 164 |
| (一) 检查立项 .....          | 164 |
| 飞行检查工作人员保密承诺书 .....     | 166 |

|                     |     |
|---------------------|-----|
| 飞行检查委托书 .....       | 168 |
| (二) 检查实施 .....      | 170 |
| 飞行检查通知书 .....       | 171 |
| 被检查单位承诺书 .....      | 173 |
| 数据接收提取核查确认汇总表 ..... | 175 |
| 飞行检查工作底稿 .....      | 177 |
| 飞行检查组会议记录 .....     | 179 |
| (三) 检查结果 .....      | 181 |
| 飞行检查报告 .....        | 182 |

## 一、执法文书制作的基本要求

本行政执法文书样式，由国家医疗保障局拟定。各省级医疗保障行政部门可以参照本文书样式，结合执法实际，完善有关文书样式并自行印制，由印制机关监制和管理。

### （一）执法文书制作技术要求

#### 1. 文书的排版

文书制作应当合法规范、客观全面、及时准确，符合相关要求，尽可能使用计算机制作。采用计算机制作的，制作、打印文书时，参照《党政机关公文格式》。为使文书排版精简、美观，制发文书时也可根据具体情况适当调整字号、行距。

表格及填充式文书尽量一页排完。落款需加盖公章的文书，公章与正文尽可能同处一页；文书页数在2页或2页以上的，需标注页码。

#### 2. 文书的文号

文书的文号“\_\_\_\_\_医保\_\_\_\_字（20××）第\_\_\_\_号”应当按照以下要求填写：“\_\_\_\_\_医保”处填写制作法律文书的医疗保障行政机关代字；“（20××）”处填写年度；“第\_\_\_\_号”处填写该文书的顺序编号。

#### 3. 文书的填写

文书可以直接电脑打印或手工填写。手填的，应当使用黑色水笔、钢笔和能够长期保持字迹的墨水，做到字迹清楚、文字规范、文面整洁。文书设定的栏目，应当逐项填写，空项用“/”斜杠处理；摘要填写的，应当简明、准确；有选择项的应当根据需要勾选，文书中“□”表示其内容供选择，在选定的“□”中打“√”，选择“其他”的，还应当在随后的横线处填写具体内容。文书样式中的“/”表示制作文书时应在其前后内容中进行选择，同时删去其他选项。

文书中的记录内容应当具体详细，涉及案件关键事实和重要线索的，应当尽量记录原话。记录中应当避免使用推测性词句，防止发生词句歧义。描述方位、状态的记录，应当依次有序、准确清楚。

填写法律依据时应当写明所依据的法律、法规和规章的全称，并具体到条、款、项。

文书中的法律救济途径告知部分应当在相应的横线处写明当事人申请行政复议的具体行政复议机关名称或者提起行政诉讼的具体人民法院名称以及申请行政复议或者提起行政诉讼的期限。

#### 4. 确认、签名和加盖印章

文书主要可分为“填充式”文书和“文字叙述式”文书。涉及“文字叙述式”记录的文书，应当场交有关当事人审阅或者直接向当事人宣读，并由当事人逐页签字确认。当事人认为记录有遗漏或者有差错的，应当提出补充和修改意见，并在改动处用指纹或印鉴覆盖，当事人认为内容真实无误的，应在笔录上注明“笔录上述内容已阅，记录与我说的相符”或者“以上笔录记载与本人口述无误”等意思的语句，并签名、注明日期。

需要当事人签名确认的文书应当由其本人签名，不能签名的，可以捺指印；属于单位的，由法定代表人、主要负责人或者其授权的人签名，或者加盖单位印章。

文书内容不得涂改，必须更正的，应当由当事人签名或捺指印确认，或者重新制作。

文书末尾应当按照要求写明出具文书的医疗保障行政执法机关名称，并加盖该机关的公章。

#### 5. 清单

各种清单中“编号”栏，一律使用阿拉伯数字填写，按材料、物品的排列顺序从“1”开始逐次填写；“名称”栏填写材料、物品的名称；“数量”栏填写材料、物品的数量，使用阿拉伯数字填写；“规格”栏填写材料、物品的具体规格；“型号”栏填写材料、物品的具体型号；“备注”栏可另外填写材料、物品的品牌、颜色、新旧等特点。表格多余部分应当用“/”斜杠划掉。

## （二）必要文书和选用文书

在行政执法案卷中，有些文书是大部分案卷中均应收录的，在此称为“必要文书”，例如，在行政处罚案卷中，通常都包括《行政处理决定书》。另外有些文

书只是在部分案卷中需要收录的，在此称为“选用文书”，例如，仅在需要其他机关协助调查时，才需要制作和收录《协助调查函》。在本报告中，在选用文书的名称前加☆，表示该文书为选用文书。

### 1. 行政检查

在行政检查案卷中，必要文书包括：《行政检查案卷封面》、《卷内文件目录》、《行政检查审批表》、《现场检查通知书》、《检查笔录》、《现场检查报告》。

检查中发现属于本机关管辖的违法行为并责令改正的，选用《行政处理决定书》、《责令改正情况复查表》。检查中发现不属于本机关管辖的违法行为的，选用《移送案件涉案物品清单》、《案件移送函》或《涉嫌犯罪案件移送函》。

### 2. 行政强制

在行政执法人员调查取证时，可能采取行政强制措施，例如先行登记保存或查封、扣押。对于实施先行登记保存的案件，选用《案件处理审批表》、《先行登记保存决定书》、《先行登记保存证物处理决定书》；对于实施查封、扣押的案件，选用《查封（扣押）决定书》、《解除查封（扣押）决定书》，涉及延长查封、扣押期限的，还应选用《延长查封（扣押）决定书》。以上决定书均需附有物品清单。

### 3. 行政处罚

在行政处罚案卷中，对于立案调查并最终作出行政处罚决定的案件，必要文书包括：《行政处罚案卷封面》、《卷内文件目录》、《案件来源登记表》、《立案审批表》、《立案通知书》、《送达地址确认书》、《询问笔录》、《调取证据材料通知书》、《取证单》、《证据清单》、《调查终结报告》、《行政处罚事先告知书》、《行政处理决定书》、《结案审批表》、《送达回证》。

依当事人申请举行听证的案件，选用《听证通知书》、《听证笔录》和《听证报告》，公开举行听证的，还应选用《听证公告》。

当事人未在要求的时间内履行义务的，应选用《督促履行义务催告书》，经催告仍不履行义务的，选用《行政处罚强制执行申请书》，申请人民法院强制执行。

## 二、医疗保障行政执法文书样式

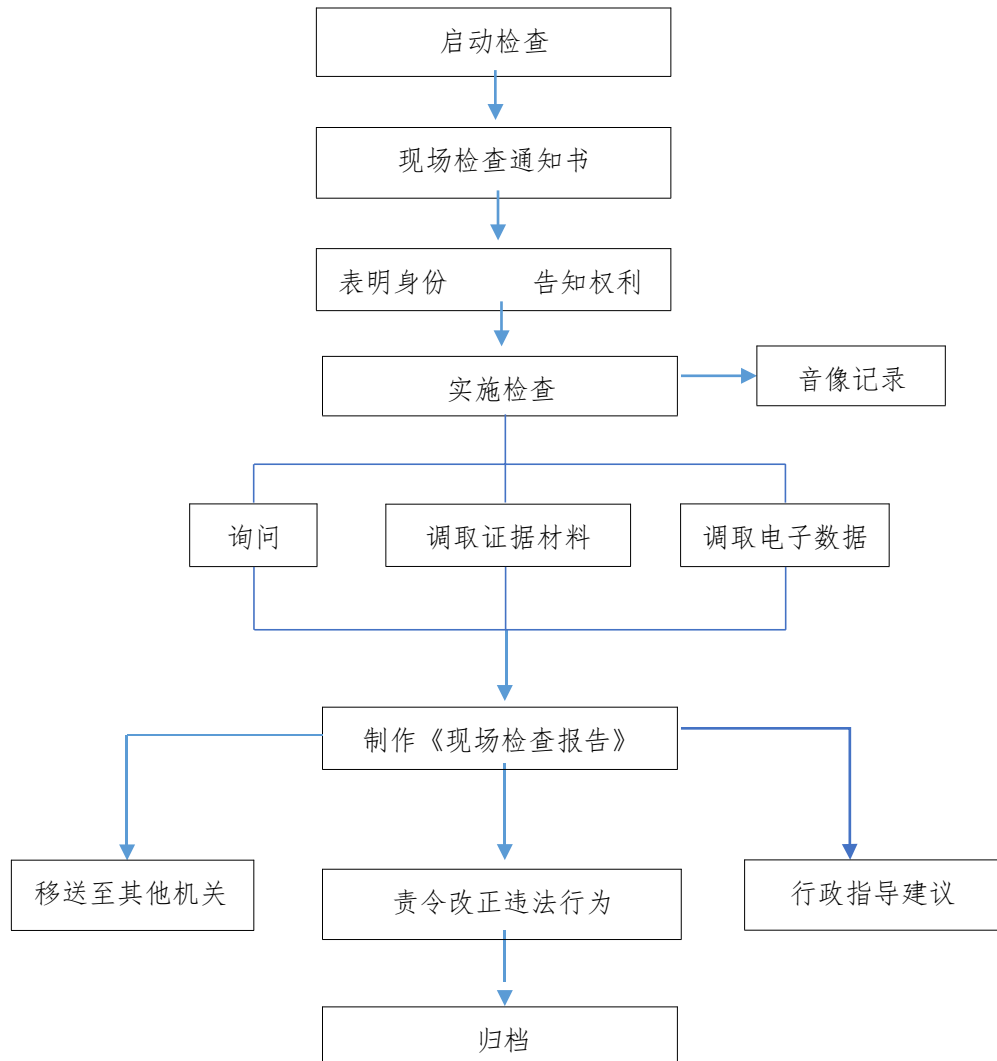
### （一）立案阶段

#### 1. 行政检查启动

根据《社会保险法》第七十七条，县级以上人民政府社会保险行政部门应当加强对用人单位和个人遵守社会保险法律、法规情况的监督检查。根据《社会保险法》第七十九条，医疗保障行政部门负责对医疗保险基金的收支、管理和投资运营情况进行监督检查。据此，监督检查是医疗保障行政部门日常监管工作的组成部分，换言之，这里所说的行政检查是医疗保障行政部门依法定职权展开的。

虽然行政检查是依职权展开的，考虑到会给被检查人造成一定的负担，医疗保障行政部门启动行政检查仍需要向本机关负责人报告并经批准。提请批准机关负责人批准行政检查时，应使用《行政检查审批表》，表格中包括下列事项：检查对象基本信息；任务来源；实施检查的行政执法人员信息；检查内容、方式、时间等；检查的法律、法规或者规章依据等等。

以下为行政检查全过程的流程图。



× × × 医疗保障局

# 行政检查审批表

|        |                                                                                                                                                                  |          |  |       |  |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|-------|--|
| 案件来源   | <input type="checkbox"/> 举报投诉 <input type="checkbox"/> 上级交办 <input type="checkbox"/> 其他机关移送<br><input type="checkbox"/> 日常监督检查 <input type="checkbox"/> 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                                                                                                                                        |          |  |       |  |

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）《行政检查审批表》是医疗保障部门准备启动检查时，制作的内部文书，用于按照程序提交由机关负责人审批，决定是否同意实施行政检查。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有案件来源，如举报投诉、上级交办、其他机关移送、日常监督检查等。

（三）有检查对象的基本信息。检查对象为个人的基本信息如姓名、身份证号码、住址、联系电话；检查对象为单位的基本信息如名称、法定代表人、统一社会信用代码、住所、联系电话等。

（四）有检查时间、检查内容及检查依据。如日常监督检查的检查依据为《社会保险法》第七十七条第一款，“县级以上人民政府社会保险行政部门应当加强对用人单位和个人遵守社会保险法律、法规情况的监督检查。”

（五）有检查人员所在的承办机构意见、承办机构负责人签名及日期。

（六）有主管机关意见、机关负责人签名及日期。

### 三、注意事项

承办机构负责人和主管机关同意检查的，应明确签署“同意”，不同意进行检查的，除明确签署“不同意”之外，还应当说明理由。

### 四、参考文书

环境行政执法文书填写说明中《案件处理内部审批表（通用）》。

## 2. 行政处罚立案

医疗保障行政执法案件线索的来源包括：（1）在日常监管或监督检查中发现的；（2）上级机构交办的；（3）司法机关或其他行政执法部门移送的；（4）收到投诉、举报的；（5）舆情分析；（6）其他。通常使用《案件来源登记表》登记案件线索的来源，但投诉举报应使用《投诉举报记录》单独登记投诉举报人的信息，并注意保密。

对于不同的案件线索，医疗保障行政机关可能进行不同的处理。执法人员在日常监管或检查中发现的违法行为，可以不经核查程序。投诉/举报的，通常需要核查。上级机关交办或其他机关移送的，由负责人视移送或交办同时移交的案卷材料情况确定是否需要核查。

如果医疗保障行政机关经核查认为，案件线索同时符合下列条件：（1）属于本机关的管辖范围；（2）涉及违法行为或有重大违法嫌疑；且（3）未超过行政处罚追诉时效，确有必要调查处理的，应当立案。如果案件线索不符合上述条件，不予立案。

启动行政处罚立案程序，应当由医疗保障行政执法人员填写《立案审批表》，报本行政机关负责人批准。在立案审批表中，应说明核查情况及立案理由，具体包括：案件来源、经核查确认的案由、主要违法事实和处罚违法行为的法律依据。情况紧急的，可以事后补报。

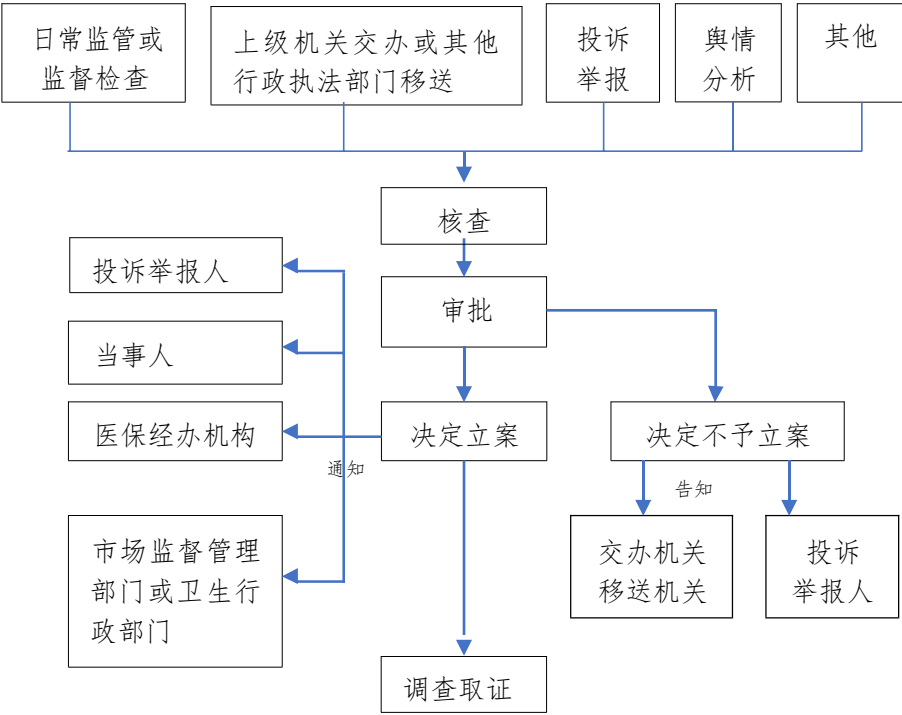
行政执法人员认为应当不予立案的，也应报本行政机关负责人批准。在《不予立案审批表》中，应当说明核查情况及不予立案的理由，这些理由可能包括：

（1）不属于本机关的管辖范围；或（2）超过行政处罚追诉时效；或（3）案件线索涉及的行为不违法，等。

决定立案的，应使用《立案通知书》通知案件当事人，当事人是医疗机构或药品经营企业的，还应通知医保经办机构和市场监督管理部门、卫生行政部门，建议医保经办机构停止继续拨付医保基金，提示卫生行政部门或市场监督管理部门防止当事人恶意注销；如果案件来源为投诉举报的，还应通知投诉举报人。

决定不予立案的，如果案件来源为投诉举报的，应当告知投诉举报人；如果

案件来源为上级机关交办或其他行政机关移送的，应当使用《不予立案告知书》告知上级机关或其他行政机关。



× × × 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           |                | <input type="checkbox"/> 监督检查 <input type="checkbox"/> 投诉举报 <input type="checkbox"/> 上级机关交办<br><input type="checkbox"/> 司法机关或其他行政机关移送 <input type="checkbox"/> 舆情分析<br><input type="checkbox"/> 其他 |  |      |  |
| 案源<br>提供<br>人  | 检查<br>人员       | 姓名                                                                                                                                                                                                 |  | 所属单位 |  |
|                |                | 姓名                                                                                                                                                                                                 |  | 所属单位 |  |
|                | 移送<br>交办<br>单位 | 名称                                                                                                                                                                                                 |  | 联系人  |  |
|                |                | 联系电话                                                                                                                                                                                               |  | 联系地址 |  |
|                | 其他<br>情况       |                                                                                                                                                                                                    |  |      |  |
| 案源<br>登记<br>内容 |                | <div>登记人签名：_____</div> <div>年      月      日</div>                                                                                                                                                  |  |      |  |
| 案源<br>处理<br>意见 |                | <div>执法部门负责人签名：_____</div> <div>年      月      日</div>                                                                                                                                              |  |      |  |
| 备注             |                |                                                                                                                                                                                                    |  |      |  |

注：可根据不同案件来源后附相关材料清单。

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）用于对于行政处罚案件来源及有关基本情况进行简明书面登记。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称、登记号。

（二）有登记时间，登记时间应当与执法检查发现案件线索，接到投诉、举报，上级机关交办或其他机关移送的时间一致。

（三）有对案件来源分类的勾选。可以归入本文书所列情况的案件来源分类应尽量勾选，如日常稽核、视频监控、双随机一公开均可归入监督检查，来信来访可归入投诉举报，不可归入或可否归入难以确定的，方可勾选“其他”，并说明具体情况。“其他”案件来源可能包括：医保经办机构移送；医保智能监控系统发现异常数据；数据统计分析发现异常数据等。

（四）有对案源提供人信息的登记。若案件来源于监督检查，则应登记两名执法检查人的姓名和所属单位；若案件来源于上级机关交办、司法机关或其他行政机关移送，则应登记交办或移送机关的名称、联系人、联系电话和联系地址；若案件来源为其他情况，则需根据实际情况予以登记。案件来源为投诉举报的，考虑为投诉举报人保密其个人信息，另行填写《投诉举报记录》。

（五）有对案源基本情况的登记，主要包括涉嫌违法行为、涉嫌违法人及涉嫌违法行为发生的时间、地点等。若填写案源登记内容时，已经知晓涉嫌违法行为人的联系电话、联系地址等，则应一并登记。登记人需在“案源登记内容”处签名并填写日期。

（六）有执法部门负责人对案源的处理意见。需要核查的，负责人可以指派两名执法人员进行核查。负责人应签名或盖章，并填写日期。

（七）备注栏可视情况填写相关信息。

### 三、注意事项

（一）医疗保障执法人员依职权发现的违法行为，可以不经核查程序。投诉举报的，通常需要核查。上级机关交办或其他机关移送的，由执法部门负责人视移送或交办同时移交的案卷材料情况决定是否需要核查。

（二）若案件来源于监督检查，填写案件提供人信息时，应当填写两名执法人员的相关信息。

（三）若案件来源为投诉举报，为保护投诉举报人，本文书中不应包含其个人信息。

（四）在“来源分类”中，若勾选“其他”，应当注明具体情况。

（五）本文书原件随卷归档。

#### **四、参考文书**

（一）浙江省《医保行政执法参考文书样式》

（二）福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》

# × × × 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   | <input type="checkbox"/> 来信 <input type="checkbox"/> 来电 <input type="checkbox"/> 来访<br><input type="checkbox"/> 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   | <div style="height: 300px;"></div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">           接报人签名：           <div style="display: inline-block; width: 150px; height: 20px; border-bottom: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">           年 月 日         </div> |  |      |  |
| 备注       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |      |  |

注：对于投诉举报人信息，应当保密。

## 填写说明

### 一、适用范围

- （一）医疗保障部门内部文书。
- （二）用于记录投诉举报人个人信息及其投诉举报的内容。

### 二、文书内容

- （一）有医疗保障部门名称、文书名称。
- （二）有接到投诉举报时间。
- （三）有投诉举报方式的记载。应当根据实际情况勾选相应方式，若勾选“其他”，应注明具体情况。
- （四）有投诉举报人的个人信息，如姓名、身份证号、联系电话、住址等。投诉举报人不愿提供相关信息的，需予以注明。
- （四）有投诉举报内容。应当尽可能详细地载明被投诉举报事件发生的时间、地点及主要情节、被投诉举报人基本情况、目前已造成的后果和影响等。
- （五）接报人需在投诉举报内容后签名并注明日期。

### 三、注意事项

- （一）若投诉举报人不愿提供个人信息，应当尊重其意愿。
- （二）本文书不得向当事人公开，行政执法机关内部人员非经必要程序不得查阅该文书。
- （三）投诉举报人提供的书面材料应以附件形式附于本文书之后。

× × × 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<br>(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<br>及立案<br>(不予立案)<br>理由 |    | 案由：<br><br>主要事实：<br><br>立案（不予立案）的依据：<br><br><div style="text-align: right;">           核查人员：<br/><br/>           年 月 日         </div>                                                                                 |        |                |  |
| 执法部门<br>负责人<br>意见           |    | <input type="checkbox"/> 同意立案，建议本案由_____、_____承办<br><input type="checkbox"/> 同意不予立案<br><input type="checkbox"/> _____<br><div style="text-align: right;">           执法部门负责人：<br/><br/>           年 月 日         </div> |        |                |  |
| 机关负责<br>人意见                 |    | <div style="text-align: right;">           机关负责人：<br/><br/>           年 月 日         </div>                                                                                                                            |        |                |  |



## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）用于对医疗保障领域违法行为的立案（不予立案）审批。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。填写时，需根据实际情况勾选“立案（不予立案）审批表”。

（二）有当事人信息。根据案件线索，写明已掌握的当事人信息，尚未掌握的，可不填写。当事人是单位的，写明名称、统一社会信用代码、法定代表人（负责人）、住所和联系电话。当事人为个人的，写明姓名、身份证号码、住址和联系电话。

（三）有案件来源信息，如监督检查、投诉举报、上级机关交办、司法机关或其他行政机关移送等。另外，还需注明案源登记时间。这两项应与案件来源登记表填写一致。

（四）有案件核查情况及立案（不予立案）理由。需注明案由，其书写形式为：“涉嫌+违法行为类别+案”，如“涉嫌骗取医疗保险基金支出案”“涉嫌骗取医疗保险待遇案”等。需写明主要事实，即根据案件线索，写明已掌握的案情信息，如违法行为发生的时间、地点、行为等基本情况。还需列出立案（不予立案）的依据。核查人员需在相应位置签名、填写日期。

通常，若案件线索同时符合下列条件：属于本机关的管辖范围；涉及违法行为或有重大违法嫌疑；且未超过行政处罚追诉时效，确有必要调查处理的，应当立案。若不符合，则应不予立案。故不予立案的理由通常有：不属于本机关的管辖范围；或超过行政处罚追诉时效；或案件线索涉及的行为不构成违法。

（五）有执法部门负责人意见。执法部门负责人需勾选“同意立案”或“同意不予立案”，或填写其他意见，并签名、注明日期。同意立案的，应指派两名执法人员负责该案的调查处理。同意不予立案的，需要说明理由，并给出具体处理建议。

（六）有医疗保障行政部门负责人同意立案或同意不予立案的审批意见、签名及日期，与执法部门负责人意见不同的，需要说明理由。

### 三、注意事项

（一）对需要立即查处的违法行为，可以先行调查取证，然后一定期限内补办立案审批手续。

（二）经初步核查，属于其他机关管辖的，应移送有管辖权的机关。

（三）对于已立案的案件，非经审批程序，不可撤销案件。

（四）若案件来源为投诉举报，审批决定立案或不予立案，应当按照投诉举报方式分别书面或口头告知投诉举报人。

（五）本文书原件随卷归档。

### 四、参考文书

（一）浙江省《医保行政执法参考文书样式》

（二）福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》

（三）环境行政执法文书填写说明

× × × 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》第三十七条的规定，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》第三十二条的规定，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，\_\_\_\_\_。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书，送达当事人。

（二）用于通知案件当事人立案情况。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有文号。

（三）有当事人姓名/名称。

（四）有对立案调查理由的简要说明，其中应包含当事人涉嫌违法行为的信息和涉嫌违反的法律名称及具体条款。

（五）有立案号。

（六）有配合调查义务的告知。

（七）有陈述申辩权利的告知。

（八）有医疗保障部门的公章和出具日期。

### 三、注意事项

如果当事人为药品经营企业，立案通知书需抄送市场监管部门和医保经办机构；如果当事人为医疗机构，立案通知书需抄送卫生行政部门和医保经办机构。需抄送相关部门和机构时，本文书应为一式五份，并明确记载抄送的部门和机构。

案件来源为投诉举报的，立案通知书还应抄送投诉举报人。

如果当事人为个人，本文书一式三份，在横线上用“/”表示此处空白。

### 五、参考文书

福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》

×××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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书。

（二）用于对上级机关交办或其他机关移送的案件或投诉举报的案件决定不予立案时，将不予立案的决定告知交办机关或移送机关或投诉举报人。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。

（二）案件来源为交办或移送的，有交办或移送机关名称；有交办或移送时间；有交办或移送的案件信息，如案件名称、案卷编号等。案件来源为投诉或举报的，有投诉举报人的姓名，有投诉举报的时间，有投诉举报的案件信息，如案件名称。

（三）有不予立案的具体理由。需勾选本文书列出的理由，可单选亦可多选，若存在其他不予立案的理由，需勾选“其他”并注明情况。

（四）有作出不予立案决定依据的法律法规。

（五）有医疗保障部门的公章和出具日期。

### 三、注意事项

（一）由上级机关交办的案件，应勾选“交办”，并删除“移送”；由其他机关移送的案件，应勾选“移送”，并删除“交办”。投诉的案件，应勾选“投诉”，并删除“举报”；举报的案件，应勾选“举报”，并删除“投诉”。

（二）交办或移送的是案件时应勾选“一案”，并删除“案件线索”，交办或移送的是案件线索时，应勾选“案件线索”，并删除“一案”。

# × × × 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 | <p>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；</p> <p>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。</p> <p>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；</p> <p>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；</p> <p>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。</p> |                             |                                                                                             |  |
| 受送达人               | 姓名（名称）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                                                                                             |  |
|                    | 送达地址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                                                                                             |  |
|                    | 联系电话                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                                                                                             |  |
|                    | 电子送达                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 同意 | 手机号码（接收短信提醒）：                                                                               |  |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             | 请选择具体的电子送达方式：<br><input type="checkbox"/> 电子邮件，邮箱地址为：<br><input type="checkbox"/> 传真，传真号码为： |  |
|                    | <input type="checkbox"/> 不同意                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |                                                                                             |  |
| 受送达人对自己送达地址的确认     | <p>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。</p> <p>受送达人签名、盖章或捺指印：_____</p> <p style="text-align: right;">_____ 年    月    日</p>                                                                                                                                                                                                              |                             |                                                                                             |  |
| 执法人员签名             | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                                                                                             |  |
| 备注                 | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                                                                                             |  |

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书。

（二）用于向当事人确认文书送达的具体、准确的地址，是确保有效送达的重要条件。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。

（二）有案件信息，如案由、立案号。

（三）有当事人自己提供的送达地址，包括姓名、送达地址、有效的联系电话等信息。此送达地址必须为可邮寄的详细地址。

（四）由当事人勾选是否同意电子送达。如当事人同意电子送达，则还应有手机号码（必有）及所勾选的具体电子送达方式的相应信息。

（五）有当事人对自己送达地址的确认，要有当事人的签名、盖章或捺指印并注明日期。

（六）有执法人员签名，并注明日期。

### 三、注意事项

（一）首次见到当事人即填写此表，防止后续拒绝来约谈。如非当事人本人填写，须附授权委托书及双方身份证复印件。

（二）要求填写笔迹清楚，填写信息均为有效可邮寄的信息。如当事人不会写字，可在记录仪拍摄下由其口述，执法人员代为填写。

（三）在当事人签字确认时应再次确保其已知悉上述告知事项及相应的法律后果。确认人签名，个人须本人或受托人签字并按手印，机构须法人或受托人签字并盖公章。

（四）变更送达地址或联系方式的，须以书面形式告知，重新填写《当事人送达地址确认书》。

### 四、参考文书

（一）浙江医保行政执法参考文书样式

（二）北京市东城区法院送达地址确认书

## （二）调查取证阶段

鉴于行政处罚的调查取证阶段与行政检查的实施阶段所用的执法文书一致，本部分不再对行政处罚和行政检查使用的文书进行分述。

医疗保障行政部门监督检查的对象包括社会保险经办机构、医疗机构、药品经营单位、用人单位和个人等。鉴于提前告知检查对象可能影响检查效果，医疗保障行政检查通常不事先通知，而是在检查时现场向被检查人出具《现场检查通知书》。《现场检查通知书》应当包括检查依据、检查时间安排、检查事项、检查人员名单、需要被检查人配合和协助的事项等内容。

在调查或检查时，执法人员不得少于两人，并应当向当事人或者有关人员主动表明身份、出示证件，说明调查或检查事项和依据，并告知申请回避的权利。对于执法人员，有下列情形之一的，被调查单位有权申请执法人员回避：系当事人或当事人的近亲属；与本人或本人近亲属有利害关系；与当事人有其他关系，可能影响公正执法的。执法人员认为自己与当事人有利害关系的，应当回避。

根据《社会保险法》第七十九条，执法人员有权询问与调查事项有关的单位和个人，要求其对与调查事项有关的问题作出说明、提供证明材料。当事人或者有关人员应当如实回答询问，并协助调查，不得阻挠。执法人员询问时应当制作《询问笔录》。《询问笔录》应当由询问人、被询问人、记录人和见证人逐页签名或者以其他方式确认。

因调查事实、收集证据等原因确需检查现场的，执法人员应当通知被检查人负责人到场，并制作《检查笔录》；《检查笔录》应当如实记录检查情况；涉及清点涉案财物的，应制作涉案物品清单，作为现场检查笔录的附件。找不到负责人或者负责人拒不到场的，不影响检查的进行，执法人员应当在《检查笔录》中载明情况，并应邀请见证人到场，同时采用录音、录像等方式记录。《检查笔录》应当由检查人员、被检查人或者见证人逐页签名或者以其他方式确认。

在调查或检查中需要调取与医疗保险基金收支、管理和投资运营相关的资料作为证据的，执法人员有权要求有关单位和个人提供有关证据材料，在调取证据材料时应当使用《调取证据材料通知书》和《取证单》，以确保所取得证据的法律效力。相关的单位和个人应当如实提供与医疗保险有关的资料，不得拒绝检查或者谎报、瞒报。

对于视听资料、电子数据，执法人员应当收集原始载体。收集原始载体有困难的，可以收集复制件，但需说明原件存放于何处，并在《电子数据调取制作登记表》中注明制作方法、制作时间、制作人等情况。声音资料应当附有该声音内容的文字记录。

在收集证据时，对于需要鉴定、检验的专门事项，医疗保障行政机关可以委托有资质的机构进行鉴定，在委托时应使用《鉴定委托书》。需要当事人配合鉴定、检验的，应当使用《鉴定通知书》来通知当事人，鉴定、检验结论应当使用《鉴定结论告知书》告知当事人。

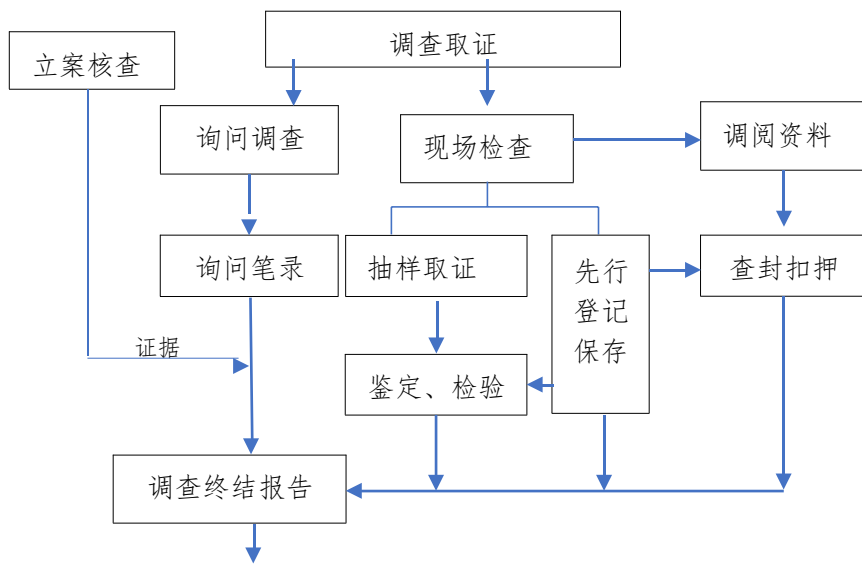
医疗保障行政部门在办理行政处罚案件时，确需其他行政部门协助调查取证的，应当出具《协助调查函》。收到协助调查函的行政部门应当予以协助，在接到协助调查函之日起十五个工作日内完成相关工作，将《调查终结报告》和相关证据移交给提出协助调查请求的医疗保障行政部门；需要延期完成或者无法协助的，应当在期限届满前告知提出协助调查请求的医疗保障行政部门。

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：（1）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；（2）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；（3）因不可抗力致使案件暂时无法调查的；（4）因当事人下落不明致使案件暂时无法调查的；（5）其他应当中止调查的情形。决定中止案件调查的，应向当事人送达《中止调查通知书》。

当中止调查的原因消除后，应当向当事人送达《恢复调查通知书》，立即恢复案件调查。

对于行政处罚案件，在调查取证终结后应当形成《调查终结报告》。《调查终结报告》中应当包括：（1）当事人的基本情况；（2）案件来源、调查经过以及采取行政措施的情况；（3）调查认定的事实及主要证据；（4）违法行为的性质；（5）处理意见及依据；（6）其他需要说明的事项。

对于日常监督检查工作，在检查结束后，检查人员应制作《现场检查报告》，内容包括现场检查工作情况、被检查人基本工作情况及总体评价、检查中发现的问题和处理意见等。



## × × × 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

[illegible]

记录人签名: \_\_\_\_\_ 年\_\_月\_\_日

32

[illegible]

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

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）用于记录医疗保障行政执法人员对违法嫌疑人、证人等进行询问调查的内容和步骤，以及被询问人对询问作出的回答的内容；也用于医疗保障部门行政执法人员在日常监督检查中记录对相关人员进行询问的内容和步骤，以及被询问人对询问作出的回答的内容。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有询问的起止时间、地点。

（三）有询问人、记录人基本信息，如姓名、执法证号、工作单位。

（四）有被询问人的基本信息。如姓名、年龄、公民身份号码、工作单位、电话、地址、邮政编码等。

（五）有向当事人出示执法证件、表明身份的记录和当事人的确认记录，如“我们是×××医疗保障局的行政执法人员，这是我们的执法证件（向当事人出示证件，并记录持证人员姓名和执法证件号），请过目确认”和当事人填写的“我确认”。

（六）有告知当事人相关权利、义务、法律责任内容的记录，告知内容包括：申请回避权利、陈述申辩权利和配合调查义务以及不配合调查的法律责任。

（七）有询问内容。包括反映本案事实的时间、地点、行为、情节、动机、后果等。若被询问人为当事人，还应当询问其是否因同一类违法行为或同一违法行为受过相应的行政处罚。询问内容应根据询问实际情况，采用一问一答的方式记录。

（八）有被询问人对笔录的审阅确认意见，应注明“以上笔录已阅无误”。被询问人应逐页签名、注明日期。被询问人拒不审阅确认或者拒不签名的，由记录人予以注明。

（九）有询问人、记录人的逐页签名，并注明日期。

（十）有页码和页数。应视询问情况决定是否使用续页及使用几页，并在笔录每一页底端注明“第×页 共×页”。

### 三、注意事项

（一）笔录字迹要端正，保证可以正常阅读，笔录不能随意空行，空白处注明“以下空白”或者划有斜杠。

（二）笔录必须当场制作，不得事后补记、增删。当场有修改的，由被询问人在修改处签名或者捺指印。

（三）每份《询问笔录》只能对应一个被询问人。必要时，可以对被询问调查对象进行多次询问，每一次询问调查都应当分别制作调查询问笔录。

（四）询问必须有两名以上（含两名）持合法有效执法证件的行政执法人员同时在场，并出示执法证件，表明身份。

（五）《行政处罚法》第三十七条第三款规定的回避条件为：执法人员与当事人有直接利害关系的，应当回避。符合上述回避条件的，询问人员应当自行回避；当事人申请其回避，应当审查同意。

（六）笔录应当全面、如实记录被询问人与案件相关的陈述。

（七）可以采取拍照、录像、录音或者其他方式记录询问情况。

（八）本文书原件随卷归档。

×××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。)

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书。

（二）《现场检查通知书》用于医疗保障部门告知被检查人拟进行的现场检查的时间、检查范围、检查内容、检查人员等有关事项的工作过程中，该文书需送达被检查人。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称、文号。

（二）有现场检查的依据，如法律法规规章等相关规定。

（三）有现场检查的时间。

（四）有现场检查的内容和范围，包括行政检查对象需提前准备的有关材料等。

（五）有向被检查人发出《现场检查通知书》的时间。通常应提前三天向被检查人发出《现场检查通知书》，对于群众投诉举报、领导批示件或其他突发事件实施的临时性检查，可在现场检查时递交《现场检查通知书》。

（六）有检查组组长姓名及其执法证号。

（七）有检查组成员姓名及其执法证号。

（八）有联系人及其电话号码。

（九）有医疗保障部门的公章及日期。

（十）有被检查人签收《现场检查通知书》的签名或盖章及签收日期。

### 三、参考文书

天津医保局《天津市医疗保险监督检查通知书》

## × × × 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：\_\_\_\_\_

被检查人姓名或名称：\_\_\_\_\_

被检查人身份证号或统一社会信用代码：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

见证人姓名：\_\_\_\_\_联系电话：\_\_\_\_\_

见证人身份证号码：\_\_\_\_\_

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

第 页 共 页

[illegible]

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

[illegible]

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

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）用于记录医疗保障行政执法人员对涉嫌违法行为发生现场等有关现场进行检查的过程和发现的情况，也用于医疗保障部门行政执法人员在日常监督检查中记录现场检查的过程和发现的情况。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有检查的起止时间、地点。

（三）有被检查人的基本信息。被检查人为个人的，填写姓名、身份证号码、联系电话；被检查人为单位的，填写名称和统一社会信用代码、联系电话。

（四）有向被检查人出示执法证件、表明身份的记录和当事人的确认记录，如“我们是×××医疗保障局的行政执法人员，这是我们的执法证件（向当事人出示证件），请过目确认”和当事人填写的“我确认”。暗访等不宜出示执法证件和请当事人确认的情况除外。

（五）有告知被检查人申请回避权利和配合调查义务的记录，如“今天我们依法进行检查并了解有关情况，你（单位）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。如果你认为我们与本案有利害关系，可能影响公正办案，可以申请我们回避，并说明理由。”暗访等不宜告知的情况除外。

（七）有检查情况。包括检查的过程、内容、范围、方式、现场情况以及被检查人或被检查人的有关人员是否到场等。

（八）有被检查人对笔录的审阅确认意见，并逐页签名、注明日期。被检查人为单位，通常应由法定代表人或主要负责人签名；如果法定代表人或主要负责人未到场的，由现场负责人签名。

被检查人无异议的，注明“已经本人审核、补正，无误”；被检查人有异议的，注明异议内容；被检查人拒不审阅确认或者拒不签名的，由记录人在笔录中注明情况，并请见证人签名。

（十）有检查人、记录人的逐页签名，并注明日期。

（十一）有见证人的，填写见证人姓名和身份证号、联系电话。见证人应逐页签名，并注明日期。

（十二）有页码和页数。应根据检查情况决定是否使用续页及使用几页，并在笔录每页底端注明“第×页，共×页”。

### **三、注意事项**

（一）笔录字迹要端正，保证可以正常阅读，笔录不能随意空行，空白处注明“以下空白”或者划有斜线。

（二）笔录必须当场制作，不得事后补记、增删。当场有修改的，由检查人在修改处签名或者捺指印。

（三）每份《检查笔录》只能对应一个现场。一个案件有多处现场的，应分别当场制作笔录；对现场需进行多次检查的，每次均应制作笔录。

（四）现场检查必须有两名以上（含两名）持合法有效执法证件的行政执法人员同时在场，并出示执法证件，表明身份。

（五）《行政处罚法》第三十七条第三款规定的回避条件为：执法人员与当事人有直接利害关系的，应当回避。符合上述回避条件的，询问人员应当自行回避；当事人申请其回避，应当审查同意。

（六）笔录应当全面、如实记录现场检查发现的情况。

（七）可要求被检查人加盖公章。

（八）可以采取拍照、录像或者其他方式记录检查情况。被检查人拒不审阅确认或者拒不签名的，应当采取拍照、录像或其他方式记录现场情况。

（九）本文书原件随卷归档。

### **四、参考文书**

（一）浙江省《医保行政执法参考文书样式》

（二）环境行政执法文书填写说明

× × × 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<br>(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 |      | <p>调查人员签名：</p> <p>年 月 日</p>    |  |          |  |
| 承办机构<br>负责人意见     |      | <p>承办机构负责人签名：</p> <p>年 月 日</p> |  |          |  |
| 法制机构<br>审核意见      |      | <p>法制机构负责人签名：</p> <p>年 月 日</p> |  |          |  |
| 机关负责人<br>审批意见     |      | <p>机关负责人签名：</p> <p>年 月 日</p>   |  |          |  |

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）用于案件办理过程中的先行登记保存、先行登记保存证物处理、查封（扣押）、撤销案件、处罚决定、陈述申辩处理、听证处理、中止（恢复）案件调查、申请强制执行、分期（延期）缴纳罚款等需要向医疗保障部门负责人请示事项的审批。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有申请事项，申请事项应与拟作出决定内容相对应。

（三）有案源信息。如执法检查发现、投诉举报、上级机关交办、其他部门移送等。

（四）有案由信息。书写形式为：“涉嫌+违法行为类别+案”，如“涉嫌骗取医疗保险基金支出案”“涉嫌骗取医疗保险待遇案”等。

（五）有当事人的信息。当事人为个人的，写明姓名、身份证号码、联系地址（住址）和联系电话。当事人为单位的，写明单位名称、统一社会信用代码、法定代表人（负责人）及联系地址（住所）和联系电话。

（六）有简要案情、申请理由和拟做出决定内容，需载明违法行为发生的时间、地点、情节等简要情况；还需说明申请作出该决定的理由、法律依据和拟作出决定的具体内容。两名调查人员需在相应位置签名并注明日期。

本文书用于撤销案件审批时，还需注明原立案号和撤销案件的依据，撤销案件的依据主要为《行政处罚法》第38条第1款。

本文书用于陈述申辩处理、听证处理的审批时，即医疗保障执法人员听取陈述、申辩或举行听证后，根据当事人提出的事实与理由，提请机关负责人审批是否变更/撤销原处罚意见时，需载明原处罚意见、当事人提出的事实与理由及采纳状况（不予采纳的，应说明理由）、是否需要变更/撤销原处罚意见、变更/撤销的理由和法律依据以及现处罚意见。变更/撤销理由可选填执法主体错误、事实不清、证据不足、适用法律错误、程序违法、具有减轻情节、具有从轻情节等。

（七）有承办机构负责人审核意见、签名及日期。

（八）本文书用于行政处罚决定的审批时，须有法制机构负责人审核意见、签名及日期。

（九）有医疗保障部门负责人同意或不同意的审批意见、签名及日期。

### **三、注意事项**

（一）使用本文书，应明确拟作出决定的事项。填写的内容应当准确、清楚，审核、审批意见应当明确。

（二）本文书用于陈述申辩处理、听证处理的审批时，需注意不得因当事人的申辩加重处罚。

（三）本文书用于行政处罚决定的审批时，“机关负责人审批意见”处须由医疗保障部门负责人签署，用于其他行政措施的审批时，可由医疗保障部门分管负责人签署。

（四）本文书原件随卷归档。

### **四、参考文书**

（一）环境行政执法文书填写说明

（二）福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》

## ☆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

## 填写说明

### 一、适用范围

- （一）由医疗保障行政执法部门提供空白样式，供当事人填写的文书。
- （二）用于当事人委托其他人代为行使权利。

### 二、文书内容

- （一）有文书名称。
- （二）有委托人相关信息。若委托人为个人，应写明委托人姓名、身份证号码、联系电话和住址；若委托人为单位，应写明委托人名称、统一社会信用代码代码、联系电话、住所和法定代表人（负责人）。
- （三）有被委托人相关信息，如姓名、身份证号码、联系电话、住址等。
- （四）有委托人与被委托人之间的关系，以及当事人需委托他人代为行使权利的事由。
- （五）有委托事项范围。当事人可优先勾选文书已列事项（可多选），若所列事项不能涵盖欲委托的事项范围，当事人可勾选“其他”，并注明具体情况。
- （六）有委托期限。
- （七）有对委托效力的确认。
- （八）有委托人签名、注明日期。若委托人为单位，需由单位法定代表人（负责人）签名并加盖公章。

### 三、注意事项

- （一）需与委托人确认，被委托人在委托前就委托人勾选的委托事项范围内所签署的文件，委托人是否予以承认。
- （二）根据委托的事由，勾选“一案”或“一事”，并删掉未勾选的项目。
- （三）本文书原件随卷归档。

### 四、参考文书

- （一）天津市医疗保障行政执法文书样式
- （二）浙江医保行政执法参考文书样式

×××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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

- （一）医疗保障部门外部文书。
- （二）用于请求其他机关协助调查。

### 二、文书内容

- （一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。
- （二）有拟请求协助调查机关的名称。
- （三）有案由、案件名称和立案号。
- （四）有请求协助调查的原因。
- （五）有请求协助调查的问题（事项），尽量分条列明。
- （六）有请求协助调查机关回函的期限。
- （七）有对协助调查机关加盖公章的提示。
- （八）请求协助调查机关对协助调查取得的证据一并移交。
- （九）有医疗保障部门的联系人、联系电话、公章及出具《协助调查函》的日期。

### 三、注意事项

可根据案件调查的具体情况，请求协助调查机关在一定期限内回函，回函期限通常为十五个工作日。

### 四、参考文书

福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》

×××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》第三十七条和《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. \_\_\_\_\_

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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书。

（二）《调取证据材料通知书》是医疗保障部门在办理行政案件过程中，依法向有关单位和个人调取有关的证据时制作的通知性文书。该文书是医疗保障部门收集案件证据的重要依据和凭证，对于规范医疗保障部门的取证活动具有重要作用。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称、文号。

（二）有证据材料持有人的姓名或者名称。

（三）有行政案件的名称，例如，可采用“违法嫌疑人姓名或名称+涉嫌+违法行为性质”的方式。

（四）有调取证据材料的方式选择，若需要证据材料持有人（单位）将证据寄发的，在“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、联系地址寄与我单位”前的“□”处打“√”；若现场调取证据材料的，在“现由\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_2名人员前来你（单位）处调取下列证据材料”前的“□”处打“√”，并填写两名调取证据材料的执法人员姓名，必要时可括号注明执法证件号码。

（五）有所需要调取证据材料的具体名称。

（六）有联系人、联系电话和联系地址，以方便证据材料持有人与医疗保障部门及时联系沟通。

（七）有医疗保障部门的全称，加盖公章并注明日期。

### 三、参考文书

城管《调取证据材料通知书》

× × × 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 |
|----|------|------|---------|------|
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |
|    |      |      |         |      |

## 填写说明

### 一、适用范围

- （一）医疗保障部门内部文书。
- （二）用于对证据进行登记造册。

### 二、文书内容

- （一）有医疗保障部门名称、文书名称。
- （二）证据清单由编号、证据名称、证据类型、取证时间和地点及执法人员六栏组成。
- （三）证据类型栏，可参照《行政诉讼法》中对证据的划分填写：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、检查笔录等。
- （四）调查人员栏，须填写至少两名执法人员姓名。
- （五）清单需要多页时可使用续页，若使用续页，应注明“第×页 共×页”，并在页眉处勾选“续页”或“尾页”。

### 三、注意事项

- （一）本文书中应当列明一个案件中用于证明案件事实的全部证据。本文书中所列的证据，不仅包括行政执法人员在办理案件中搜集的证据，也可能包括由当事人提供的得到行政执法部门采纳的证据。
- （二）清单字迹要端正，保证可以正常阅读，若清单未填满，应在填入物品的最后一行的下一行注明“以下空白”。
- （三）本文书原件随卷归档。

× × × 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

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）《调查终结报告》适用于行政处罚案件调查终结后案件调查人员对调查取证情况的描述。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有案由和立案号。

（三）有承办机构和调查人员。

（四）有调查的起止时间。

（五）有当事人的基本信息。如当事人姓名或名称（单位）、身份证号或统一社会信用代码（单位）、住址或住所（单位），当事人为单位的，还需注明其法定代表人（负责人）。

（六）有案件由来和调查经过。需概括说明案件来源、登记时间、立案时间和批准立案的机关；以及案件调查人员的组成、调查方式等。

（七）有当事人实施违法行为的具体事实，包括其从事违法行为的时间、地点、目的、手段、情节、违法所得、危害后果等。

（八）有支持所描述事实的相关证据，需对收集的证据逐一列举，并分别说明其证明事项。

（九）有当事人在调查阶段提出的陈述申辩意见。

（十）有对案件主要争议的总结。

（十一）在涉嫌违法行为存在从轻、减轻处罚情节时，应当说明从轻、减轻处罚的法律依据和事实理由。

（十二）有处罚依据，须注明法律法规全称，及依据的具体条、款、项、目。

（十三）有建议予以处罚的种类和幅度。

（十四）两名以上（含两名）调查人员签字并注明日期。

（十五）承办机构负责人审核后签名。

### 三、注意事项

（一）本报告应能够真实、具体、详细地反映案发时间、地点、当事人、违

法行为起因、过程、后果以及影响等内容。

（二）在“主要证据及证明事项”处，证据填写要全面，不仅要记载能够证明违法事实的证据，也应记载有利于当事人的证据。

（三）本报告原件随卷归档。

#### **四、参考文书**

（一）环境行政执法文书制作指南

（二）浙江医保行政执法参考文书样式

（三）福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》

## × × × 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<br>工 作 基 本<br>情 况 及 总<br>体 评 价                                                           |  |               |  |
| 检查中发<br>现的问题                                                                                     |  |               |  |
| 处理意见                                                                                             |  |               |  |
| <p>提示：</p> <p>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。资料来源于被检查单位提供的业务、财务信息及有关资料。本报告必须保密。</p> |  |               |  |

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）《现场检查报告》是医疗保障部门检查组在现场检查完成后，撰写的书面总结报告，包括现场检查工作情况、被检查人基本工作情况及总体评价、检查中发现的问题和处理意见等，用于医疗保障部门的日常监督检查工作中。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有检查工作基本情况，包括检查范围、检查内容、检查步骤、检查目标的完成情况等。

（三）有被查单位的工作基本情况及总体评价。

（四）有检查中发现的问题，包括违法违规事实，违反的法律、法规或监管政策的规定，以及对事实的定性评价。

（五）有对问题的处理意见，可能的处理意见包括责令改正违法行为，或提请机关负责人批准立案，转入行政处罚案件处理程序。

### 三、注意事项

本报告属于内部运转的专用文书，报告的资料来源于被查单位提供的业务、财务信息及有关档案，必须严格保密。

×××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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书，送达当事人。

（二）用于出现中止调查原因，经医疗保障部门负责人审批决定中止调查后通知当事人。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。

（二）有当事人姓名或名称（单位）、住址或住所（单位），当事人为单位的，还需注明其法定代表人（负责人）姓名。

（三）有被中止调查的案件名称、案由信息和立案号。

（四）有中止调查的原因。中止调查的原因可勾选其一，也可多选，需注意将勾选的情况补充填写完整。如，若勾选“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”，就应当在“\_\_\_\_\_”处填写待决案件的基本信息，如案件名称、立案号等。

（五）有中止调查依据的法律法规。

（六）有中止调查的开始时间。

（七）有医疗保障部门公章和出具中止调查通知书的日期。

（八）有送达回证。送达回证应包含签收时间、收件人签名及收件人身份证号码、住址、联系电话、工作单位和职务等信息。

### 三、注意事项

（一）中止调查应当经过医疗保障部门负责人批准。因而制发《中止调查通知书》前，应先填写相应的《案件处理审批表》并经机关负责人批准。

（二）对于勾选的中止调查原因，务须补充完整。

×××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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书，送达当事人。

（二）用于中止调查原因已消除，经医疗保障部门负责人审批决定恢复调查后通知当事人。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。

（二）有当事人姓名或名称（单位）、住址或住所（单位），当事人为单位的，还需注明其法定代表人（负责人）姓名。

（三）有制发《中止调查通知书》情况的记载，应包括制发时间、文号及中止调查案件的基本信息（案件名称、案由和立案号）。

（四）有中止调查原因消除的说明。

（五）有恢复调查的时间。

（六）有敦促当事人配合后续调查的提示。

（七）有医疗保障部门公章和出具恢复调查通知书的日期。

（八）有送达回证。送达回证应包含签收时间、收件人签名及收件人身份证号码、住址、联系电话、工作单位和职务等信息。

### 三、注意事项

（一）恢复调查应当经过医疗保障部门负责人批准。因而制发《恢复调查通知书》前，应先填写相应的《案件处理审批表》并经机关负责人批准。

（二）当事人为单位的，应勾选括号中的“单位”。

（三）中止调查的原因应与《中止调查通知书》内容一致。

### （三）采取行政强制措施

在证据可能灭失或者以后难以取得的情况下，经行政机关负责人批准，可以作出《先行登记保存决定书》，对这些证据先行登记保存，并应当在七日内作出《先行登记保存证物处理决定书》，及时处理先行登记保存的证物。对于先行登记保存的证物，可能采取的处理措施包括：（1）根据情况及时采取记录、复制、拍照、录像等证据保全措施；（2）需要鉴定、检验的，送交检验、鉴定；（3）依据有关法律、法规规定可以采取封存等行政措施的，决定采取行政措施；（4）违法事实不成立，或者违法事实成立但不应当予以封存，决定解除先行登记保存措施。

行政机关可以查阅、记录、复制与社会保险基金收支、管理和投资运营相关的资料，经行政机关负责人批准，对可能被转移、隐匿或者灭失的资料，可以作出《查封（扣押）决定书》，予以查封、扣押。《查封（扣押）决定书》应与《查封（扣押）物品清单》同时送达。查封、扣押的期限不得超过 30 日；情况复杂的，经行政机关负责人批准，可以延长，但延长期限不得超过 30 日。决定延长查封、扣押期限时，应作出《延长查封（扣押）决定书》。

当出现下列情形时，应解除查封、扣押：（1）当事人没有违法行为；（2）查封、扣押的物品与违法行为无关；（3）对违法行为已经作出处理决定，不再需要查封扣押；（4）查封、扣押期限届满等。《解除查封（扣押）决定书》应与《解除查封（扣押）物品清单》同时送达。

进行现场检查、询问当事人及其他有关单位和个人、抽样取证、采取先行登记保存措施、实施查封、扣押等行政强制措施时，应采取拍照、录音、录像等方式记录现场情况。

×××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》第三十七条第二款的规定，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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书，送达当事人。

（二）用于案件调查人员取证，适用于在证据可能灭失或者以后难以取得的情况下先行登记保存证物。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。

（二）有当事人姓名或名称（单位）、身份证号码或统一社会信用代码（单位）、住址或住所（单位），当事人为单位的，在正文中应勾选单位，还需注明其法定代表人（负责人）姓名。

（三）有法律、法规、规章依据和法定事由，法律、法规、规章名称用全称。

（四）有先行登记保存证物的期限和地点。

（五）有复议、诉讼权利的告知。

（六）有医疗保障部门公章和作出先行登记保存证物决定的时间。

（七）附有《先行登记保存证物清单》。

### 三、注意事项

（一）采取先行登记保存措施的前提条件是“证据有可能灭失”或“证据以后难以取得”。不符合以上情形之一的，不得采取先行登记保存措施。

（二）应事先填写相应的《案件处理审批表》，并经机关负责人批准，再制发《先行登记保存决定书》。情况紧急的，可以先采取登记保存措施，再报请机关负责人批准。

（三）先行登记保存证物的期限至多为7日。对于先行登记保存的证据，应当在7日内采取以下措施：

1. 根据情况及时采取记录、复制、拍照、录像等证据保全措施；
2. 依据有关法律、法规规定可以采取查封（扣押）等行政措施的，决定采取行政措施；
3. 违法事实不成立，或者违法事实成立但不应当予以查封（扣押），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。

#### 四、参考文书

- （一）环境行政执法文书填写说明
- （二）福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》
- （三）浙江医保行政执法参考文书样式

×××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》  
第三十七条第二款规定对《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\_\_\_\_\_医  
疗保障局或\_\_\_\_\_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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书，送达当事人。

（二）用于行政处罚案件调查取证过程中，适用于对先行登记保存的证物作出处理决定。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。

（二）有当事人姓名或名称（单位）、住址或住所（单位）、身份证号码或统一社会信用代码（单位），当事人为单位的，还需注明其法定代表人（负责人）姓名。

（三）有制发《先行登记保存决定书》情况的记载，应包括制发时间、文号、登记保存证物类别（性质）及存放地。

（四）有作出先行登记保存证据处理决定的原因，如“已调查取证完毕”等。

（五）有法律依据。

（六）有具体的处理方式。从解除先行登记保存、查封、扣押、移送至其他机关或其他方式中勾选，勾选其他的，应填写具体采用的处理方式。如同时有多种处理方式的可多选。

（七）有医疗保障部门公章和作出先行登记保存证物处理决定的时间。

（八）附有《先行登记保存证物处理清单》。

（九）对于解除先行登记保存、查封、扣押、依法予以没收的，应写明处理时间和处理地点。

### 三、注意事项

（一）采取先行登记保存证据措施的，应当根据《行政处罚法》第 37 条的规定在 7 个工作日内及时处理。超过 7 个工作日未作出处理决定的，先行登记保存措施自动解除。

（二）应事先填写相应的《案件处理审批表》，并经机关负责人批准，再制发《先行登记保存证物处理决定书》。

（三）先行登记保存证物处理决定，应当由当初作出先行登记保存决定的医

疗保障部门作出。

（四）先行登记保存证物被移送的，应写明受移送机关的全称。

#### **四、参考文书**

（一）环境行政执法文书填写说明

（二）福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》

（三）浙江医保行政执法参考文书样式

× × × 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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书，作为《先行登记保存决定书》和《先行登记保存证物处理决定书》的附件，一并送达当事人。

（二）用于案件调查人员取证，适用于对需要详细登记的物品登记造册。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称和文书名称。作为《先行登记保存决定书》附件的，为《先行登记保存证物清单》；作为《先行登记保存证物处理决定书》附件的，为《先行登记保存证物处理清单》。

（二）有当事人姓名或名称（单位）。有现场负责人，且在场的，注明其姓名、身份证号。当事人委托代理人行使相关权利，且代理人在场的，注明其姓名、身份证号。

（三）有主文书名称及文号。

（四）有至少两名执法人员姓名及执法证编号。

（五）有物品名称、规格、数量、型号等信息，清单中应尽可能详细地填入物品的基本情况。若清单作为《先行登记保存证物处理决定书》的附件，且对先行登记保存的不同证物有不同处理方式，则应在每一物品的“备注”一栏中注明对该证物采用的具体处理方式。

（六）清单需要多页时可使用续页，若使用续页，应注明“第×页 共×页”，并勾选“续页”或“尾页”。

（八）有当事人、法定代表人（负责人）或其代理人或现场负责人对证物清单的审阅确认意见，如注明“以上清单与实物一致”，对于解除先行登记保存措施的，还应注明：“已接收”，并逐页签名、注明日期。当事人拒绝确认或拒绝签名的，由执法人员予以注明。

（九）有执法人员逐页签名、注明日期。

（十）有见证人在场的，填写见证人姓名和身份证号，见证人也需逐页签名、注明日期。对于当事人拒绝确认或拒绝签名的，必须有见证人在场，并逐页签名，注明日期。

### 三、注意事项

（一）清单字迹要端正，保证可以正常阅读，若清单未填满，应在填入物品的最后一行的下一行注明“以下空白”。

（二）清单必须当场制作，不得事后补记、增删。当场有修改的，由当事人或现场负责人在修改处签名或者捺指印。

（三）当事人为法人或其他组织的，一般应当由法定代表人（主要负责人）、现场负责人或者经书面授权的委托代理人签名，并注明日期。如果上述负责人、代理人均不在场，也可由在场的现场负责人签名，注明日期，并应载明该现场负责人身份。

（四）清单应当全面、如实记录证物情况。

（五）可以采取拍照、录像或其他方式记录证物情况。

（六）本文书作为附件与主文书一并送达。

#### **四、参考文书**

（一）福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》

（二）环境行政执法文书填写说明

×××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\_\_\_\_\_人民政府或\_\_\_\_\_医疗保障局申请行政复议；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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书，送达当事人。

（二）用于决定对可能被转移、隐匿或者灭失的涉案物品资料予以查封或扣押。在用于查封时，应为《查封决定书》；在用于扣押时，应为《扣押决定书》。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。

（二）当事人为个人的，有当事人的姓名、身份证号码、住址；当事人为单位的，有当事人名称、统一社会信用代码、住所、法定代表人（负责人）姓名。

（三）有决定实施查封（扣押）的理由和法律依据。需载明当事人实施的违法行为信息，列明主要证据信息，列明当事人涉嫌违反的法律法规及作出查封（扣押）决定所依据的法律法规的具体条、款、项。

（四）有查封（扣押）信息，如查封（扣押）期限，查封（扣押）物品资料保管人、存放地及其联系方式。

（五）有查封（扣押）物品清单作为附件。

（六）有对当事人在查封扣押期间应遵守义务的申明。

（七）有对陈述申辩和申请听证权利的告知。

（八）有对救济途径和期限的告知。

（九）有医疗保障部门的公章和作出查封（扣押）决定的日期。

### 三、注意事项

（一）实施查封（扣押）的范围的依据是《社会保险法》第 79 条，仅对可能被转移、隐匿或者灭失的资料才可予以查封（扣押）。

（二）应事先填写相应的《案件处理审批表》，并经机关负责人批准，再制发《查封（扣押）决定书》。情况紧急，需要当场实施查封（扣押）的，行政执法人员应当在二十四小时内向行政机关负责人报告，并补办批准手续。

（三）在文书名称和正文中，均应注意，在用于查封时，勾选“查封”，在用于扣押时，勾选“扣押”。

（四）查封（扣押）的期限不得超过三十日；情况复杂的，经行政机关负责人批准，可以延长，但是延长期限不得超过三十日。

（五）对查封（扣押）的物品，医疗保障部门应当妥善保管，也可以委托第三人保管。查封（扣押）期间物品的保管费用由医疗保障部门承担。

#### **四、参考文书**

（一）环境行政执法文书制作指南

（二）福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》

（三）浙江医保行政执法参考文书样式

×××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\_\_\_\_\_人民政府或\_\_\_\_\_医疗保障局申请行政复议；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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

- （一）医疗保障部门外部文书，送达当事人。
- （二）用于查封（扣押）期限需要延长的情况。

### 二、文书内容

- （一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。
- （二）有当事人姓名或名称（单位）、身份证号码或统一社会信用代码、住址或住所（单位），当事人为单位的，还需注明其法定代表人（负责人）姓名。
- （三）有案由。
- （四）有相关的《查封（扣押）决定书》情况的记载，应包括送达时间、文号、查封（扣押）物品的类别（性质）及存放地。
- （五）有延长查封（扣押）的理由和法律法规依据。
- （六）有延长查封（扣押）的起止日期。
- （七）有对陈述申辩和申请听证权利的告知。
- （八）有对救济途径和期限的告知。
- （九）有医疗保障部门的公章和作出延长查封（扣押）决定的日期。
- （十）有送达回证。送达回证应包含签收时间、收件人签名及收件人身份证号码、住址、联系电话、工作单位和职务等信息。

### 三、注意事项

- （一）《行政强制法》第二十五条第一款规定，查封、扣押的期限不得超过三十日；情况复杂的，经行政机关负责人批准，可以延长，但是延长期限不得超过三十日。

执法人员应事先填写相应的《案件处理审批表》，说明存在何种复杂情况，需申请延长查封（扣押）期限，在机关负责人批准后，再制发《延长查封（扣押）决定书》，并送达当事人。

- （二）在文书名称和正文中，均应注意，在文书用于延长查封期限时，勾选“查封”，在文书用于延长扣押期限时，勾选“扣押”。

### 四、参考文书

- （一）环境行政执法文书制作指南

- (二) 福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》
- (三) 浙江医保行政执法参考文书样式

×××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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

- （一）医疗保障部门外部文书，送达当事人。
- （二）用于对已经实施查封（扣押）的物品予以解除查封（扣押）措施。

### 二、文书内容

- （一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。
- （二）有当事人姓名或名称（单位）、身份证号码或统一社会信用代码、住址或住所（单位），当事人为单位的，还需注明其法定代表人（负责人）姓名。
- （三）有相关《查封（扣押）决定书》情况的记载，应包括送达时间、文号、查封（扣押）物品类别（性质）及存放地。
- （四）有解除查封（扣押）的理由和法律法规依据。解除查封（扣押）的理由通常有：当事人没有违法行为；查封（扣押）的物品与违法行为无关；对违法行为已经作出处理决定，不再需要查封（扣押）；查封（扣押）期限已经届满等。
- （五）有解除查封（扣押）措施的具体物品的说明。
- （六）有对当事人领取查封（扣押）物品时间和地点的告知。
- （七）有解除查封（扣押）物品清单。（具体要求见《（解除）查封（扣押）物品清单》文书样式）
- （八）有医疗保障部门的公章和作出解除查封（扣押）决定的日期。

### 三、注意事项

- （一）解除查封（扣押）的决定，应当由当初作出查封（扣押）决定的医疗保障部门作出。
- （二）在文书名称和正文中，均应注意，在文书用于解除查封时，勾选“查封”，在文书用于解除扣押时，勾选“扣押”。

### 四、参考文书

- （一）环境行政执法文书制作指南
- （二）浙江医保行政执法参考文书样式

× × × 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

[illegible]

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

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书，送达当事人。

（二）作为《查封（扣押）决定书》或《解除查封（扣押）决定书》附件，一并送达。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。作为《解除查封（扣押）决定书》附件时，应勾选“解除”。作为《查封决定书》或《解除查封决定书》附件时，应勾选“查封”。作为《扣押决定书》或《解除扣押决定书》附件时，应勾选“扣押”。

（二）有当事人姓名或名称（单位），有现场负责人，且在场的，注明其姓名和身份证号。当事人委托代理人行使相关权利，且代理人在场的，注明其姓名和身份证号。

（三）有至少两名执法人员姓名及执法证编号。

（四）有主文书名称及文号。

（五）有场所、设施或物品名称、规格、数量、型号等信息，清单中应尽可能详细地填入物品的基本情况。

（六）清单需要多页时，可使用续页或尾页，若使用续页或尾页，应注明“第×页 共×页”，并勾选“续页”或“尾页”。

（七）有当事人、法定代表人（负责人）或其代理人或现场负责人对查封（扣押）清单的审阅确认意见，如注明“以上清单与实物一致”，并逐页签名、注明日期。当事人拒不确认或签名的，由执法人员予以注明。

（八）有执法人员逐页签名、注明日期。

（九）有见证人的，填写见证人姓名、身份证号，见证人也需逐页签名、注明日期。当事人拒不确认或签名的，必须有见证人在场。

### 三、注意事项

（一）清单字迹要端正，保证可以正常阅读，若清单未填满，应在填入物品的最后一行的下一行注明“以下空白”。

（二）本文书必须当场制作，不得事后补记、增删。当场有修改的，由当事人、代理人或现场负责人在修改处签名或者捺指印。

（三）当事人为法人或其他组织的，一般应当由法定代表人、主要负责人、现场负责人或者经书面授权的委托代理人签名，并注明日期。如果上述负责人、代理人均不在场，也可由在场的其他负责人签名，注明日期，并应载明该其他负责人身份。

（四）可以采取拍照、录像或其他方式记录（解除）查封（扣押）物品资料的情况。

（五）本文书须与《查封（扣押）决定书》或《解除查封（扣押）决定书》一并送达。

#### **四、参考文书**

（一）环境行政执法文书制作指南

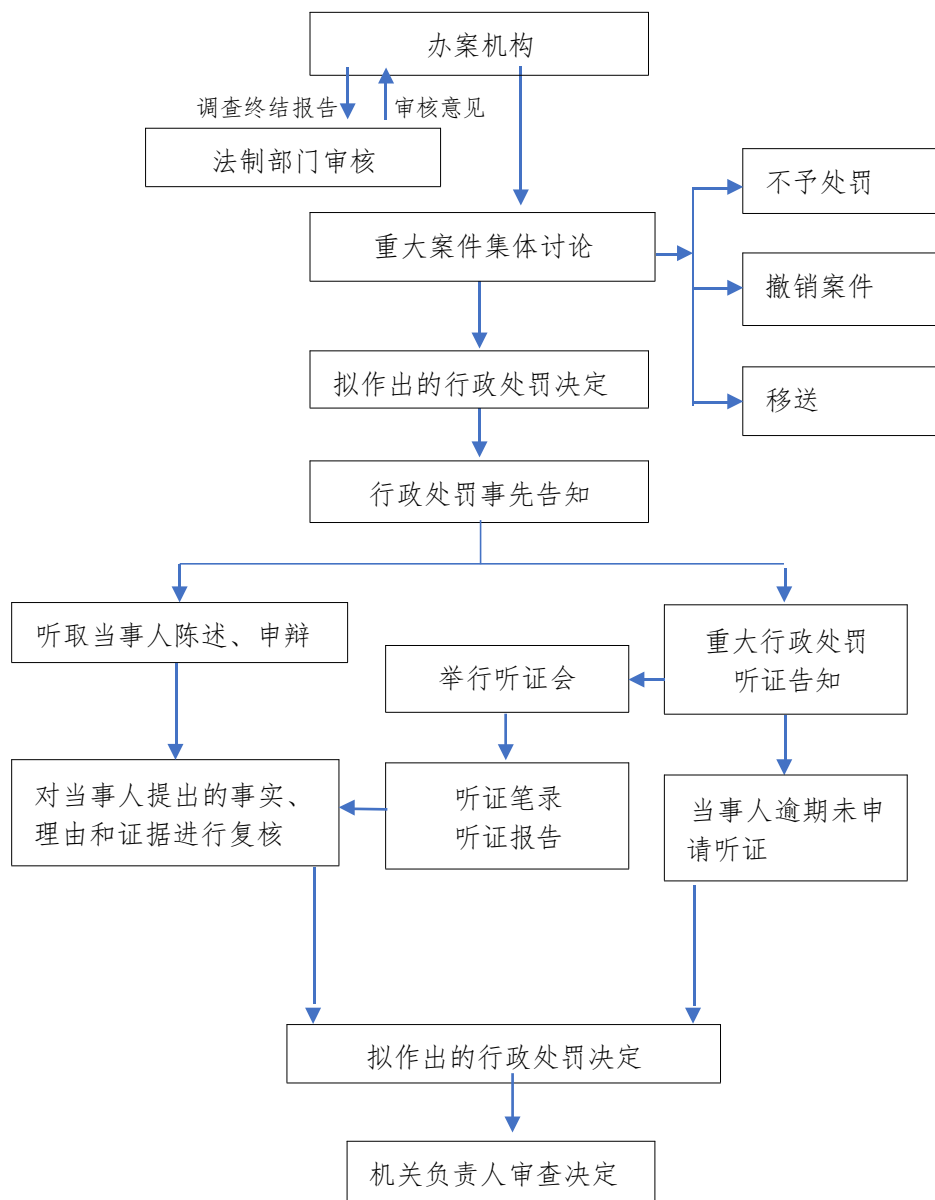
（二）福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》

#### （四）事先告知阶段

案件承办机构将拟作出的行政处理决定报本机关负责人批准，并告知当事人。一般行政处罚决定应当由行政机关主要负责人或者分管负责人批准。重大行政处罚决定应当由行政机关负责人集体讨论决定，集体讨论应制作《案件集体讨论记录》。医疗保障行政部门实施的重大行政处罚决定主要是较大数额罚款。对于有重大社会影响或涉及重大安全问题的案件，调查处理意见与审核意见有重大分歧的案件，以及其他医疗保障行政部门负责人认为应当集体讨论的案件，也可由行政机关负责人集体讨论决定。

行政处罚决定的事先告知，应当使用《行政处罚事先告知书》，告知的内容包括决定的事实、理由及依据，以及当事人依法享有的权利。行政机关必须充分听取当事人的陈述、申辩意见，并制作《陈述、申辩笔录》。对当事人提出的事实、理由和证据，应当进行复核；当事人提出的事实、理由或者证据成立的，行政机关应当采纳，不予采纳的，应当说明理由。行政机关不得因当事人申辩而加重处罚。对陈述、申辩意见的复核结果应使用《案件处理审批表》报本机关负责人审批。

行政机关作出较大数额罚款等重大行政处罚决定之前，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，行政机关应当组织听证。决定举行听证会后，应使用《听证通知书》通知当事人听证会的时间、地点、权利和注意事项。举行听证会时应采用录音、录像或者照相等方式进行音像记录，并制作《听证笔录》。听证主持人应当自听证会结束之日起 10 日内，根据《听证笔录》制作《听证报告》，并将《听证笔录》和《听证报告》一并报本行政机关负责人。听证报告应当载明听证会的基本情况以及听证主持人的处理意见或者建议。当事人逾期不申请听证的，则直接进入下一阶段。



× × × 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: \_\_\_\_\_

[illegible]

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

续页/尾页

讨论记录: \_\_\_\_\_

[illegible]

结论意见:\_\_\_\_\_

[illegible]

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



## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）适用于医疗保障部门在对情节复杂或重大违法行为拟给予较重的行政处罚之前，行政机关对案件进行集体讨论时，用于记录集体讨论的情况的内部文书。

### 二、文书内容

（一）有案件名称、案号和讨论的时间、地点。

（二）有主持人、记录人、参加人员的姓名及职务。

（三）有集体讨论的原因，写明集体讨论的案件反映的主要问题。

（四）有案件调查人员汇报案件情况及采集的主要证据，如违法行为发生的时间、地点、情节、后果等；案件涉及的法律、法规、规章等；拟处理意见和理由。

（五）有陈述、申辩（听证）的情况。其中，举行听证的案件，应当勾选听证，可由听证主持人汇报听证情况。

（六）有参加讨论人员的主要意见和理由。

（七）有讨论的过程记录。

（八）有结论性意见。

（九）有参加人员签名。

（十）记录人应当客观、忠实、完整地记录案件讨论的过程，并应明确写明讨论过程中各有关部门的重要意见，以及讨论得出的结论性意见。如果结论性意见与经办人的拟处理意见不同，还应说明理由。在讨论结束后，参加人应当在核对记录内容后签名。

（十一）有主持人、记录人、参加人员的逐页签名，并注明日期。

### 三、注意事项

（一）笔录字迹要端正，保证可以正常阅读，笔录不得随意空行，空白处注明“以下空白”或者划有下划线。

（二）笔录必须当场制作，不得事后补记、增删。当场有修改的，由记录人

在修改处签名或捺指印。

（三）《案件集体讨论记录》不得向当事人公开，行政执法机关内部人员非经必要程序不得查阅该文书。

（四）对情节复杂或者重大违法行为给予较重的行政处罚的，行政机关的负责人应当集体讨论决定。

（五）讨论内容应当针对案件事实是否调查清楚，证据是否确凿、充分，定性是否准确，当事人是否具备主体资格，应处理的单位和个人是否遗漏，适用法律法规是否正确，自由裁量是否得当，办案程序是否合法等。

（六）讨论记录应当详细记载讨论过程中每个人发言的主要内容。

（七）针对讨论的问题应当有结论性意见。

×××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》第三十二条的规定, 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》第四十二条的规定, 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3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。)

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书，送达当事人。

（二）本样式文书适用于在作出行政处罚决定之前，告知当事人作出行政处罚决定的事实、理由、依据以及处罚内容和当事人所享有的陈述权、申辩权、要求听证的权利的书面文书。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。

（二）有当事人单位名称或者个人姓名（与营业执照、居民身份证一致）。

（三）有调查机构名称、调查时间。

（四）有违法行为信息，如时间、地点、行为、情节、构成要件、危害后果等。

（五）有主要证据信息，如证据名称和证明内容等。

（六）有违反的法律、法规、规章名称和条款序号。

（七）有医疗保障部门对当事人违法行为危害社会的轻重程度、主观认识、态度和改正措施等情况考虑的裁量理由。

（八）有拟作出行政处罚的法律、法规、规章依据和拟作出行政处罚的种类、数额、期限等处罚内容。

（九）告知当事人陈述、申辩的权利及不提供陈述、申辩意见的法律后果。

（十）对于拟作出的重大行政处罚决定符合听证条件的处罚种类和幅度的，应告知当事人申请听证的权利、申请时限，以及逾期不申请听证的法律后果。

（十一）有联系人姓名和联系电话。

（十二）有医疗保障部门公章和作出决定的日期。

### 三、注意事项

（一）行政处罚事先告知是作出行政处罚决定之前必须履行的一项法定程序，如果行政机关下达行政处罚决定前没有履行告知义务，则属于违反法定程

序，其行政处罚不能成立。《行政处罚法》第四十一条规定：“行政机关及其执法人员在作出行政处罚决定之前，不依照本法第三十一条、第三十二条的规定向当事人告知给予行政处罚的事实、理由和依据，或者拒绝听取当事人的陈述、申辩，行政处罚决定不能成立；当事人放弃陈述或者申辩权利的除外”，因此，行政执法部门务必高度重视这一程序规定。

（二）行政处罚事先告知书应当采用阐述式，有说理性的内容，不宜用填空式。

（三）行政处罚事先告知应当经过医疗保障部门负责人批准。因而制发《行政处罚事先告知书》前，应先填写相应的《案件处理审批表》并经机关负责人批准。

（四）如果是第二次告知，应当在告知拟作出的行政处罚内容时，明确告知当事人第一次告知的内容无效。

（五）当事人要求听证的，可以在本文书送达之日起三个工作日内以书面或口头形式提出。当事人以口头形式提出的，执法人员应当做好记录，并由当事人签名或盖章。

× × × 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》第三十二条，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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

## 填写说明

### 一、适用范围

《陈述、申辩笔录》是行政执法机关记录陈述申辩人所作出的陈述和申辩的事实、理由和要求的文书。

（一）医疗保障部门外部文书。

（二）《陈述、申辩笔录》适用于陈述申辩人对行政执法机关拟作出的行政处罚决定的陈述、申辩。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有当事人、陈述、申辩人基本信息，如姓名、身份证号、与当事人关系、住址。

（三）有案件调查人员、记录人基本信息，如姓名、执法证号。

（四）有案件调查人员向当事人告知行政处罚的基本内容和当事人依法享有的权利。

（五）有对陈述、申辩人身份的确认。确认陈述、申辩人的姓名和身份证件信息，与当事人的关系，是否接受当事人委托。

（六）有陈述、申辩人的陈述、申辩内容。

（七）有陈述、申辩人、执法人员和记录人员的签字确认。

（八）陈述、申辩笔录应完整记录陈述、申辩人提出的事实、理由和要求。

（九）陈述、申辩结束后，应当由陈述、申辩人核对记录内容，阅读确认意见可填写“已经本人审核、补正，无误”，并签名或盖章，注明日期。

### 三、注意事项

（一）在确认陈述、申辩人的身份时，应核对陈述、申辩人的姓名、身份证号码、住址，确认与当事人的关系，是否受当事人委托。接受当事人委托的，应出具授权委托书。

（二）笔录字迹要端正，保证可以正常阅读，笔录不得随意空行，空白处注明“以下空白”或者划有“/”。

（三）笔录必须当场制作，不得事后补记、增删。当场有修改的，由陈述、申辩人在修改处签名或捺指印。

（四）必须有两名以上（含两名）持合法有效执法证件的案件调查人员同时在场，并出示执法证件，表明身份。

（五）笔录应当全面、如实记录陈述、申辩人与案件相关的陈述。

（六）陈述、申辩人委托代理人的，文书中应记录代理人的基本情况。

（七）当事人提供书面陈述、申辩材料的，应当一并附卷保存。

（八）调查人员决定是否采纳陈述、申辩意见，应填写《案件处理审批表》，报请本机关负责人审批。

×××医疗保障局

☆听证通知书

\_\_\_\_\_ 医保听证字〔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》第四十二条的规定，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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书，送达当事人。

（二）适用于根据当事人的听证申请决定举行听证会后，通知当事人听证会的时间、地点、权利和注意事项。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。

（二）有当事人名称或姓名。

（三）告知举行听证的案由、时间、地点、方式。听证应公开举行，但涉及国家秘密、商业秘密或者个人隐私的听证，不得公开举行。听证不公开举行的应当在通知中说明理由。

（四）告知听证主持人、听证员、书记员的姓名、部门、职务等基本情况。

（五）告知当事人权利，如委托代理权，对听证、主持人、书记员申请回避的权利、延期申请权。

（六）告知参加听证的注意事项，如提前办理授权委托书、携带证据材料、通知证人出席作证。

（七）有联系人姓名和电话。

（八）有医疗保障部门公章、作出决定的日期。

### 三、注意事项

（一）应注意通知的时限。《行政处罚法》第四十二条规定，听证机关应当在举行听证七日前通知当事人，因此，填写该文书时应当注意合理确定举行听证的时间。

（二）可根据需要决定是否设置听证员。

（三）当事人因特殊原因事先对听证时间提出延期申请，理由正当的，行政执法机关应当予以采纳。

×××医疗保障局

☆听证公告

\_\_\_\_\_ 医保听公字〔20××〕第 号

根据《行政处罚法》第四十二条以及\_\_\_\_（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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书，公开发布。

（二）适用于医疗保障部门在公开举行听证前公开发布，从而使有意参加者可以通过公告中载明的方式按时申请报名参加听证。

### 二、文书内容

（一）有听证的时间、地点。

（二）有举行听证案件的案由，案由格式按照“当事人姓名或名称+违法行为性质”填写。

（三）有申请时间与申请方式，有具体的联系人负责受理参加听证的申请。

（四）有参加听证人数的上限。

（五）有医疗保障部门公章和发布公告的日期。

### 三、注意事项

《行政处罚法》第四十二条规定，行政机关应当在听证的七日前，通知当事人举行听证的时间、地点。考虑到应预留足够的时间供有意申请参加听证的人提出申请，医疗保障部门受理和处理申请还需要一定的时间，发布听证公告的时间，至少应在举行听证时间的两周以前，申请的截止日期可在举行听证时间的一周以前。

× × × 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

[illegible]

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

[illegible]

---

听证记录人签名：\_\_\_\_\_年 月 日



## 填写说明

### 一、适用范围

- （一）医疗保障部门外部文书。
- （二）适用于记录医疗保障部门行政处罚听证过程的书面文书。

### 二、文书内容

- （一）有医疗保障部门名称和文书名称。
- （二）有案由信息和立案号。
- （三）有举行听证的起止时间、地点。
- （四）有听证主持人、记录人的姓名。
- （五）有当事人的姓名或名称、住址、法定代表人或负责人姓名。有委托代理人的，写明其姓名、地址。
- （六）有案件调查部门名称及案件调查人员姓名。
- （七）若有第三人参加听证，写明姓名、地址。
- （八）有正文，应当清晰记录。主要包括：
  - 1. 举行听证的内容和目的。
  - 2. 介绍和核实听证参加人的姓名和身份。
  - 3. 告知当事人、委托代理人和其他听证参加人依法享有的权利。
  - 4. 宣布听证的纪律。
  - 5. 案件调查人员陈述当事人违法的事实、证据和处罚依据及处罚建议。
  - 6. 当事人对案件涉及的事实、证据等进行陈述、申辩的内容。
  - 7. 案件调查人员和当事人双方质证、辩论的内容和证据。
  - 8. 当事人的最后陈述意见。
- （八）有当事人或其委托代理人的审阅确认意见，如注明“本听证笔录已经本人审核、补正，无误”，并逐页签名、注明日期。
- （九）有案件调查人员的逐页签名、注明日期。
- （十）有听证主持人、记录人的签名，并注明日期。

### 三、注意事项

- （一）笔录字迹要端正，保证可以正常阅读，不得随意空行，空白处注明“以下空白”或者划有斜杠。

（二）笔录必须当场制作，不得事后补记、增删。当场有文字修改的，由当事人在修改处签名或者捺指印。

（三）听证记录要简练真实，抓住重点，涉及认定事实和定性等关键问题时，力求记录原话。对当事人提出的主要观点、主要证据，要重点记录，表述清晰。

（四）质证情况是听证笔录的重点，要记录准确，经过质证的证据要在笔录中记明。对听证会上出示的证据，应制作证据清单，附在听证笔录之后。

（五）在听证会上提供了书面发言材料和书面陈述申辩材料的，应附在听证笔录之后。

（六）本文书原件随卷归档。

× × × 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

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）用于听证主持人在听证结束后就听证情况撰写的总结报告向行政机关负责人报告听证会情况。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）载明案由、当事人、听证时间、地点以及听证主持人、记录人等听证基本情况。

（三）有案件调查人员的姓名及其工作单位。

（四）有案件基本情况。包括已经查明的违法事实、主要证据、违法行为违反的法律规定的具体内容，处罚的法律依据，拟作出的处罚决定的具体内容。

（五）有案件调查人员的主要意见，包括说明拟作出的行政处罚决定的事实依据、法律依据以及从轻、减轻处罚的理由等。

（六）有当事人的主要理由，包括对案件的事实认定、法律适用、程序等提出的不同意见。

（七）有听证意见。包括对当事人提出的主要理由的采纳情况，予以采纳的应当记载，不予采纳的应当说明理由。

（八）有听证主持人、记录人签名及日期。

### 三、注意事项

（一）听证会结束后，听证主持人依据听证情况，制作《听证报告》并提出处理意见，连同《听证笔录》报本机关负责人审查。《听证报告》核心内容应当与《听证笔录》的内容保持一致。

（二）将《听证笔录》附在《听证报告》后备查。

## （五）决定阶段

### 1. 行政检查

医疗保障行政机关在日常监督检查中，发现本机关无权管辖的案件线索，或者涉嫌犯罪的案件线索，也应使用《案件移送函》或《涉嫌犯罪案件移送函》将案件线索移送至有管辖权的机关。

根据《社会保险法》第七十九条，医疗保障行政部门在对医疗保险基金的收支、管理和投资运营情况监督检查中发现存在问题的，应当使用《行政指导建议书》提出整改建议；医疗保障行政部门有权对隐匿、转移、侵占、挪用医疗保险基金的行为予以制止，并向被检查人出具《行政处理决定书》责令改正违法行为，并告知其寻求救济的途径。

根据《社会保险法》第八十九条，医疗保障行政部门在日常监督检查中发现医疗保险经办机构及其工作人员有下列行为之一的，应作出《行政处理决定书》，责令其改正违法行为：（1）未履行医疗保险法定职责的；（2）未将医疗保险基金存入财政专户的；（3）克扣或者拒不按时支付医疗保险待遇的；（4）丢失或者篡改缴费记录、享受医疗保险待遇记录等医疗保险数据、个人权益记录的；（5）有违反医疗保险法律、法规的其他行为的。

### 2. 行政处罚

重大行政处罚决定作出前需经法制审核。医疗保障行政部门实施的重大行政处罚决定主要是较大数额罚款和解除协议。案件承办机构应当将《法制审核意见表》、《调查终结报告》和案件材料一并提交至法制机构。法制机构审核内容包括：是否具有管辖权、违法主体认定是否清楚、办案程序是否合法、案件事实是否清楚、证据是否充分、适用依据是否正确、处理建议是否适当、违法行为是否涉嫌犯罪需要按规定移送。法制机构应提出审核意见，将《法制审核意见表》和相关材料一并交还办案机构。案件承办机构在收到《法制审核意见表》之后，将拟作出的行政处罚决定报本机关负责人批准。

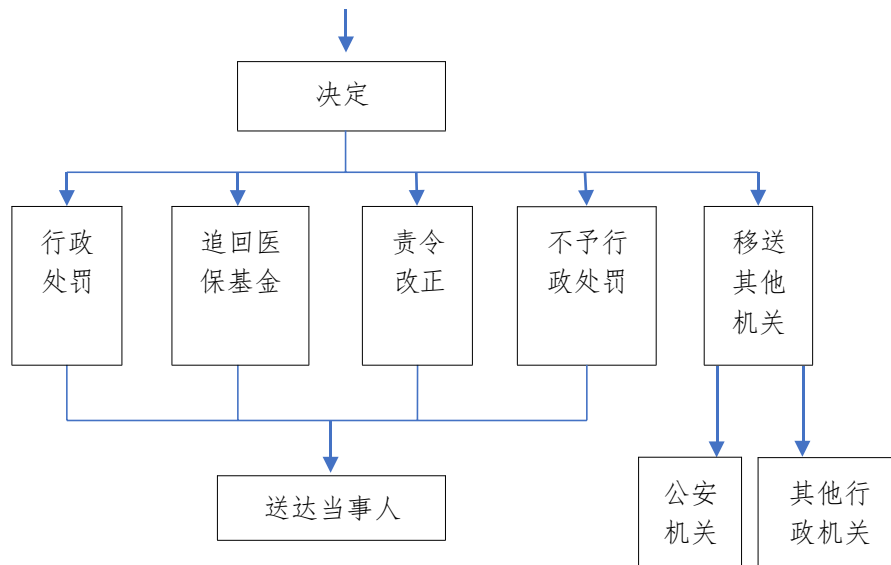
医疗保障行政机关根据不同情况，分别作出如下处理决定：经调查证实确有应受行政处罚的违法行为的，根据情节轻重及具体情况，作出《行政处罚决定书》，在责令改正违法行为同时给予行政处罚的，应载明责令改正违法行为的内容；违法行为轻微，依法可以不予行政处罚的，作出《不予行政处罚决定书》。

在《行政处罚决定书》的内容中，除了行政处罚和责令改正违法行为之外，还可能涉及追回医保基金。例如，对于医疗保险服务机构骗取医保基金支出的情形，根据《社会保险法》第八十七条，医保部门在《行政处罚决定书》中，应说明应退回的医疗保险金的金额，以及对欺诈骗保的当事人作出行政处罚的依据和罚款的具体金额。

常见的违法情形及对应的行政处罚决定书内容如下表所示：

| 违法情形                | 文书内容                 | 法律依据               |
|---------------------|----------------------|--------------------|
| 欺诈骗保                | 退回骗取的保险金，罚款          | 《社会保险法》第八十七条、第八十八条 |
| 隐匿、转移、侵占、挪用或违规投资运营的 | 追回医保基金，有违法所得的，没收违法所得 | 《社会保险法》第九十一条       |
| 用人单位不办理医保登记         | 责令改正，逾期不改正者罚款        | 《社会保险法》第八十四条       |
| 经办机构及工作人员违法         | 责令改正                 | 《社会保险法》第八十九条       |

医疗保障行政机关在行政处罚案件调查中，发现本机关无权管辖的违法行为，应制作《案件移送函》，将案件卷宗和相关材料一并移送至有管辖权的行政机关。违法行为已构成犯罪的，移送至公安机关。行政机关向公安机关移送涉嫌犯罪案件时，应当将《涉嫌犯罪案件移送函》及有关材料目录抄送同级人民检察院和政府法制工作部门备案。



× × × 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                                                                                                         |                 |  |  |
| <p>审核意见</p> <p style="text-align: right;">法制部门负责人签名：</p> <p style="text-align: right;">年      月      日</p> |                 |  |  |



## 填写说明

### 一、适用范围

（一）《法制审核意见表》是行政执法机关的执法人员在拟作出重大行政处罚决定之前，由法制部门对其合法性、适当性等进行审核，提出书面处理意见时使用的书面文书。重大行政处罚决定主要是较大数额罚款和解除协议。地方医保局可自行确定需要法制审核的较大数额罚款决定中“较大”的数额范围。

（二）医疗保障部门内部文书。

### 二、文书内容

（一）法制部门对办案部门送审的材料进行全面复核审查后，提出书面意见和建议。

（二）针对各项审核内容提出的具体意见，应视情况填写“是”或“否”，填写“否”时，还应在在法制审核意见和建议中说明理由。

（三）在其他中填入上述审核内容中未能涵盖的其他内容中存在问题之处，如果没有，应填写“无”。

（四）法制审核意见和建议中填入审核意见。

1. 属于本机关权限范围、事实清楚、证据充分确凿、定性准确、适用法律、法规正确，处理意见适当、程序合法、文书规范的，提出同意的审核意见。

2. 超越本机关权限范围或者滥用职权的，提出不同意的审核意见。

3. 事实不清、证据不足的，提出重新调查或补充调查的审核意见。

4. 定性不准，适用法律、法规错误的，提出修正的审核意见。

5. 违反法定程序的，提出纠正的审核意见。

在后四种情形下，法制部门应当说明理由。

### 三、注意事项

（一）《法制审核意见表》是法制部门在案件审核过程中使用，法制部门得出意见和建议。

（二）《法制审核意见表》应当随其他报请审核的材料一并退回办案部门，法制部门应当留存《法制审核意见表》的复印件，做好法制审核档案记录工作。

× × × 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》第五十一条第一项的规定，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\_\_\_\_\_医疗  
保障局或者\_\_\_\_\_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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书。

（二）用于对经过调查取证确认当事人存在的违法行为，依法作出行政处罚决定。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。

（二）有当事人名称或姓名、地址。当事人为法人或者其他组织的，填写名称、统一社会信用代码、住所、法定代表人（负责人）姓名和职务；当事人为个人的，注明姓名、身份证号码、住址。

（三）有违法行为信息，如时间、地点、行为、情节、动机、后果等。

（四）有主要证据信息，如证据名称、调取（作出）时间、提供（作出）单位、证明内容等。

（五）有当事人陈述、申辩或听证意见的采纳情况及理由。当事人放弃陈述、申辩或听证的，也予以说明。

（六）责令改正违法行为的，应有责令改正的依据、内容、要求和改正的期限，以及当事人逾期不改正将要承担的法律后果。

（七）有行政处罚的依据，应写明相关法律、法规、规章的全称及条款序号；有行政处罚的具体内容、种类和幅度信息。责令退还医疗保险金的，还应写明退还医疗保险金的金额。

（八）有罚款的履行方式和期限信息。

（九）有医疗保障部门公章、作出决定的日期。

### 三、注意事项

（一）内容要完整。根据《行政处罚法》第三十九条的规定，行政机关依照本法第三十八条的规定给予行政处罚，应当制作行政处罚决定书。行政处罚决定书应当载明下列事项：（1）当事人的姓名或者名称、地址；（2）违反法律、法规或者规章的事实和证据；（3）行政处罚的种类和依据；（4）行政处罚的履行方式和期限；（5）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；（6）作出行政处罚决定的行政机关名称和作

出决定的日期。

（二）采集和使用的证据应合法、有效。常见的证据主要有现场检查笔录、询问笔录、身份证明、营业执照、现场照片、鉴定、检验结论等书证、物证。

（三）行政处罚决定作出后，应在法定期限内以法定方式送达当事人，并制作送达回证。

（四）《社会保险法》第八十七条规定，社会保险经办机构以及医疗机构、药品经营单位等社会保险服务机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险基金支出的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。因此，在医疗保障部门的行政处罚决定中，可能包括退回医疗保险金等相关内容。对于欺诈骗保的案件，在制作处罚决定书时，在行政处罚决定的具体内容中，除罚款金额外，还应写明退回医疗保险金的金额。在“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”部分，应勾选“和退回的医疗保险金”。不涉及退还医疗保险金的，应删除“和退还的医疗保险金”。

（五）给予行政处罚，同时责令改正违法行为的，两段前的方框均应勾选。仅给予行政处罚的，仅勾选行政处罚段落前的方框。还存在仅责令改正违法行为，而并不给予其他行政处罚的法定情形，此时仅勾选责令改正违法行为段落前的方框。例如，根据《社会保险法》第八十九条，医疗保障行政部门在日常监督检查中发现医疗保险经办机构及其工作人员有下列行为之一的，应责令改正违法行为：（1）未履行医疗保险法定职责的；

（2）未将医疗保险基金存入财政专户的；（3）克扣或者拒不按时支付医疗保险待遇的；（4）丢失或者篡改缴费记录、享受医疗保险待遇记录等医疗保险数据、个人权益记录的；（5）有违反医疗保险法律、法规的其他行为的。

×××医疗保障局

不予行政处罚决定书

\_\_\_\_\_ 医保不罚字〔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：\_\_\_\_\_

法定代表人（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：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

当事人上述行为违反了\_\_\_\_\_的相关规定，鉴于\_\_\_\_\_，  
依据\_\_\_\_\_，  
\_\_\_\_\_，本机关决定对当事人不予处罚。

如对本决定不服，可以于收到本决定书之日起六十日内向\_\_\_\_\_医疗保障局或者\_\_\_\_\_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。

×××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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书。

（二）用于对经过调查取证确认当事人存在的轻微违法行为，依法作出不予行政处罚决定。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。

（二）有当事人名称或姓名、地址。当事人为法人或者其他组织的，填写名称、统一社会信用代码、住所、法定代表人（负责人）姓名和职务；当事人为个人的，注明姓名、身份证号码、住址。

（三）有违法行为信息，如时间、地点、行为、情节、动机、后果等。

（四）有主要证据信息，如证据名称、调取（作出）时间、提供（作出）单位、证明内容等。

（五）有对当事人不予行政处罚的理由。常见的不予行政处罚的法律依据是《行政处罚法》第二十七条第二款，即当事人违法行为轻微并及时纠正，没有造成危害后果的，不予行政处罚。在这种情况下，应说明当事人的违法行为情节如何轻微，采取了何种纠正措施，并如何没有造成危害后果。

（六）有对本决定不服的救济途径。

（七）有医疗保障部门公章、作出决定的日期。

### 三、注意事项

根据《行政处罚法》规定，不予行政处罚的情形主要有以下几种：

1. 第二十五条规定，不满十四周岁的人有违法行为的，不予行政处罚，责令监护人加以管教。

2. 第二十六条规定，精神病人在不能辨别或者不能控制自己行为时有违法行为的，不予行政处罚，但应当责令其监护人严加看管和治疗。间歇性精神病人在精神正常时有违法行为的，应当给予行政处罚。

3. 第二十七条第二款规定，违法行为轻微并及时纠正，没有造成危害后果的，不予行政处罚。

4. 第三十八条第一款第（一）项规定，违法行为轻微，依法可以不予行政处罚的，不予行政处罚。

×××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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书。

（二）《行政建议书》是医疗保障部门检查组根据现场检查的情况，针对被检查单位的尚未构成违法的行为提出行政指导建议，供被检查人参考。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。

（二）有被检查人单位的全称或个人的姓名。

（三）有本文书中指导建议所针对的现场检查的时间、检查情况、检查中存在的问题。包括对被查单位尚未构成违法的行为的事实描述与说明。

（四）有检查机关提出行政指导建议的法律依据。如《社会保险法》第七十九条第一款，“社会保险行政部门对社会保险基金的收支、管理和投资运营情况进行监督检查，发现存在问题的，应当提出整改建议，依法作出处理决定或者向有关行政部门提出处理建议。”

（五）有检查机关提出的具体的行政指导建议。

（六）有联系人姓名及联系方式。

（七）有医疗保障部门的公章，并注明日期。

（八）有签收人即被检查人的签名或盖章，并注明日期。

### 三、参考文书

（一）网络零售第三方平台交易规则制定程序规定中的附件

（二）福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》

× × × 医疗保障局

## 当场行政处罚决定书

\_\_\_\_\_ 医保当罚字〔20××〕第 \_\_\_\_\_ 号

当事人（姓名或名称）：\_\_\_\_\_

主体资格证件名称及号码：\_\_\_\_\_

住所或住址：\_\_\_\_\_

（单位）法定代表人（主要负责人）：\_\_\_\_\_

执法人员：\_\_\_\_\_ 执法证号：\_\_\_\_\_

执法人员：\_\_\_\_\_ 执法证号：\_\_\_\_\_

经查：你（单位）于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_时，在\_\_\_\_\_（违法地点）  
因\_\_\_\_\_（行为方式）\_\_\_\_\_的行为，违反了\_\_\_\_\_（法律依  
据名称条款）\_\_\_\_\_的规定，事实确凿。本机关执法人员当场向你（单  
位）告知了违法事实、依据、处罚内容和依法享有的权利，☐并听取了你（单  
位）的陈述和申辩（☐对此，你（单位）未作陈述和申辩）。

现依据\_\_\_\_\_（法律依据名称条款），我机关决定对你  
（单位）处以下行政处罚：

☐警告

☐罚款人民币\_\_\_\_\_元整（大写）。¥：\_\_\_\_\_。

罚款按下列方式缴纳：

☐符合《行政处罚法》第四十七条规定的情形，当场收缴。

☐自即日起十五日内将罚款交到收款银行：\_\_\_\_\_，

户名：\_\_\_\_\_ 账号：\_\_\_\_\_。

逾期不缴纳罚款的，依据《行政处罚法》第五十一条第一项的规定，每日按  
罚款数额的百分之三加处罚款，并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\_\_\_\_\_ 医疗

保障局或者\_\_\_\_\_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。当事人对本决定不服申请复议或者提起行政诉讼的，行政处罚不停止执行。

×××医疗保障局

(公章)

年 月 日

处罚地点： \_\_\_\_\_

当事人(签字或盖章)： \_\_\_\_\_ 年 月 日

执法人员签名： \_\_\_\_\_ 年 月 日

执法人员签名： \_\_\_\_\_ 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。)

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书。

（二）适用于对违法事实确凿、情节轻微并有法定依据，对公民处以50元以下、对法人或者其他组织处以1000元以下罚款或者警告的行政处罚，当场作出行政处罚决定。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。

（二）当事人为法人或者其他组织的，填写名称、统一社会信用代码、住所、法定代表人（负责人）姓名和职务；当事人为个人的，注明姓名、身份证号码、住址。

（三）有违法行为信息，如时间、地点、行为、情节、动机、后果等。

（四）有听取当事人陈述、申辩的情况。听取了陈述、申辩的，应勾选“并听取了你（单位）的陈述和申辩”当事人放弃陈述、申辩的，应勾选“对此，你（单位）未作陈述和申辩”。

（五）有行政处罚的依据，应写明相关法律、法规、规章的全称及条款序号；有行政处罚的具体内容、种类和幅度信息。根据行政处罚的具体内容，勾选“警告”和/或“罚款”。

（六）有罚款的履行方式和期限信息。当场收缴的，应勾选“当场收缴”。非当场收缴的，应勾选另一种履行方式。

（七）有医疗保障部门公章、作出决定的日期。

### 三、注意事项

（一）根据《行政处罚法》第三十三条，《当场行政处罚决定书》仅适用于违法事实确凿并有法定依据，对公民处以五十元以下、对法人或者其他组织处以一千元以下罚款或者警告的行政处罚案件。

（二）《行政处罚法》第三十四条规定，当场行政处罚决定书应当当场交付当事人。当场行政处罚决定书应当载明当事人的违法行为、行政处罚依据、罚款数额、时间、地点以及行政机关名称，并由执法人员签名或者盖章。执法人员当

场作出的行政处罚决定，必须报所属行政机关备案。

（三）适用简易程序当场查处违法行为的，执法人员应当当场调查违法事实，制作现场笔录，询问笔录，收集必要的证据，不能因简易程序案件案情简单，而在没有取得违法证据的情况下对当事人作出处罚。

（四）根据《行政处罚法》第四十七条，当场作出行政处罚决定，有下列情形之一的，执法人员可以当场收缴罚款：（1）依法给予二十元以下的罚款的；（2）不当场收缴事后难以执行的。据此，在医疗保障行政执法领域中，常见的当场收缴罚款的情形可能是，不当场收缴事后难以执行的情形。

#### **四、参考文书**

环境行政执法文书填写说明

× × × 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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书。

（二）用于医疗保障行政执法机关发现案件或所获悉的违法线索不在职权范围内，将案件移送有管辖权的行政机关、相关经办机构。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。

（二）有具有管辖权的受移送机关或经办机构名称。

（三）有简要案情，包括发生的事件、地点、情节等简要情况。

（四）有移送的事实依据，即本案不属于本机关的职权范围的原因。

（五）有移送的法律依据。

（六）有随附的相关材料及其清单。

（七）有医疗保障行政执法机关相关负责人的姓名及其联系电话。

（八）有医疗保障部门公章、作出决定的日期。

### 三、注意事项

（一）移送情形适用于医疗保障行政执法机关所办理的没有管辖权限且尚不构成犯罪的案件。

（二）移送案件的情形可能还包括涉及医保异地就医的情形，如果立案后，就医地医疗保障局发现应由户籍地医疗保障局管辖，或户籍地医疗保障局发现应由就医地医疗保障局管辖，需要移送。

（三）注意根据案件情况勾选“一案”或“违法线索”；勾选“不属于本机关管辖”，或者“本机关管辖困难”；勾选“该案”或“违法线索”。勾选同时应删除未勾选项。

### 四、参考文书

（一）浙江医保行政执法参考文书样式

（二）福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》

×××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》第二十二条、《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

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书。

（二）用于医疗保障行政执法机关发现案件涉嫌犯罪，依照有关规定将案件移送公安机关管辖。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。

（二）有受移送公安机关名称。

（三）有案件名称，规范表述为“当事人的姓名或名称+涉嫌+违法行为性质”。

（四）有当事人的违法行为时间、地点、情节、内容等以及违法行为涉嫌构成犯罪的罪名和触犯的刑法条文。

（五）有医疗保障行政执法机关相关负责人的姓名及其联系电话。

（六）有医疗保障部门公章、作出决定的日期。

### 三、注意事项

（一）公安机关对行政执法机关移送的涉嫌犯罪案件，应当在涉嫌犯罪案件移送书的回执上签字。

（二）移送的案卷内容应当包括案件调查终结报告，检验报告或鉴定结论等。

### 四、参考文书

（一）浙江医保行政执法参考文书样式

（二）福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》

## ☆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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

- （一）医疗保障部门外部文书。
- （二）用于涉嫌犯罪的案件在移送过程中对需要移送的物品登记造册。

### 二、文书内容

- （一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。
- （二）有案由，规范表述为“当事人的姓名或名称+涉嫌+违法行为性质”。
- （三）有移送物品的名称、规格、提供单位、数量等基本信息。
- （四）有案件接收人的签名并注明日期。
- （五）有案件移送人（两名）的签名并注明日期。

### 三、注意事项

- （一）该文书同《涉嫌犯罪案件移送书》一同送达。
- （二）在表格中应尽可能详细的填入物品的基本情况。如果表格并未填满，在填入物品的最后一行的下一行注明“以下空白”，需要多页时可以使用续页。

## （六）送达执行阶段

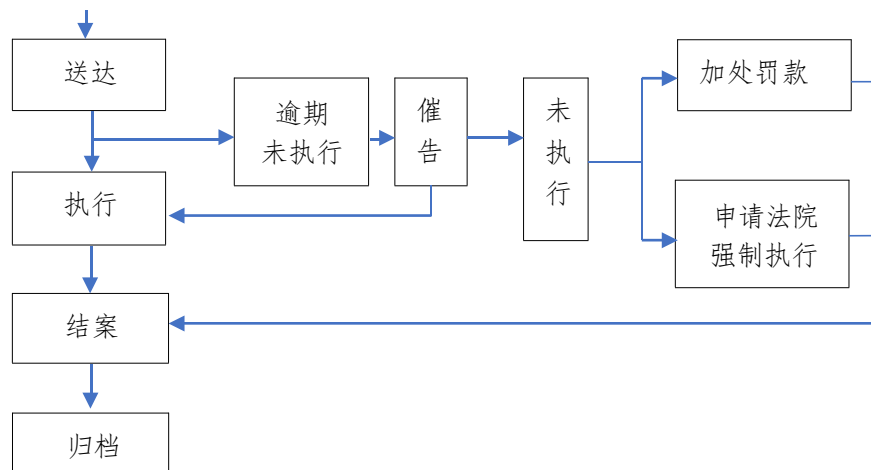
《行政处罚决定书》和《不予行政处罚决定书》应当在宣告后当场交付当事人；当事人不在场的，医疗保障机关应当按照《送达地址确认书》确认的地址，在七日内将上述文书送达当事人。留置送达应采用录像或者照相等方式进行音像记录。

作出罚款、没收违法所得、追回医保基金等行政处罚决定的，当事人应当自收到《行政处罚决定书》之日起 15 日内将罚款、违法所得或应退回、追回的医保基金划缴至指定的罚款代收机构的专用账户。

根据《行政处罚法》第五十二条，当事人确有经济困难，需要延期或分期缴纳罚款的，应提交《分期（延期）缴纳罚款申请书》，经医疗保障部门批准，可以暂缓或分期缴纳罚款。医疗保障部门同意当事人延期或分期缴纳罚款的，应作出《同意分期（延期）缴纳罚款通知书》；不同意当事人延期或分期缴纳罚款的，应作出《不予分期（延期）缴纳罚款通知书》。

医疗保障行政机关在《行政处罚决定书》中要求当事人改正违法行为的，在文书中要求的责令改正期间届满之后，再次对当事人整改情况进行复查，使用《责令改正情况复查记录》记载当事人整改情况。

当事人逾期不履行行政处罚决定的，使用《督促履行义务催告书》催告其履行，催告后仍不履行义务的，可加处罚款，并采用《行政处罚强制执行申请书》申请人民法院强制执行。



× × × 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<br>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                  |                   |

## 填写说明

### 一、适用范围

- （一）医疗保障部门外部文书。
- （二）用于记载相关法律文书已经送达当事人。

### 二、文书内容

- （一）有医疗保障部门名称、文书名称。
- （二）有送达文书的文书名称和文号。
- （三）有受送达人姓名或名称。受送达人为法人或其他组织的，应使用全称；受送达人姓名或名称，应与送达的文书中案当事人的姓名或名称一致。
- （四）有送达日期和送达地点。
- （五）注明送达方式。委托送达、留置送达的应在备注中注明情况；公告送达应将公告文书归档入卷；邮寄送达的可以将挂号信回执粘贴于备注中。
- （六）收件人签名或盖章并注明收件日期。收件人是当事人以外的其他人代收的，应注明与受送达人的关系。受送达人拒收的，送达人应在备注栏注明拒收的理由。
- （七）受送达人拒绝签收，执法人员需要记载拒绝签收情形下并寻找见证人签名并注明日期。见证人不得是行政执法机关的执法人员。
- （八）有送达人签名（一般为两名），并注明日期。

### 三、注意事项

- （一）直接送达当事人的法律文书，受送达人在送达回证上的签收日期为送达日期。受送达人拒绝签收的，见证人在送达回证上签名的日期为送达日期。
- （二）行政处罚文书的送达方式和期限参照《民事诉讼法》有关规定执行。
- （三）本文书原件随卷归档。

### 四、参考文书

- （一）浙江医保行政执法参考文书样式
- （二）环保部执法文书样式指引

×××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《行政处理决定书》(\_\_\_\_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。)

## 填写说明

### 一、适用范围

- （一）医疗保障部门外部文书。
- （二）用于对当事人不履行行政决定的催告。

### 二、文书内容

- （一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。
- （二）有当事人信息。当事人为法人或组织的， 写明单位名称；当事人为个人的，写明姓名。
- （三）有作出行政处理决定的日期、发文文号和处罚内容。
- （四）告知当事人应履行的义务和期限，以及逾期不履行义务将带来的后果（将申请法院强制执行）。
- （五）有医疗保障行政执法机关相关负责人的姓名及其联系电话。
- （六）有医疗保障部门公章、作出决定的日期。

### 三、注意事项

- （一）催告程序是申请人民法院强制执行前必须履行的法定程序。
- （二）根据当事人具体情况进行勾选，当事人为个人时，勾选“你”，当事人为单位时，则勾选“单位”。

### 四、参考文书

- （一）福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》
- （二）环保部执法文书样式指引

× × × 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\_\_\_\_\_元（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

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）向医疗保障部门提交的文书，本文书样式为示范性格式，供当事人参照使用。

（二）用于经济确有困难的当事人在无法立即缴纳罚款的情况下，申请延期或者分期缴纳罚款。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有作出罚款决定的《行政处罚决定书》的基本内容，如决定书作出的时间、决定书的文号、罚款的具体金额（大写）。

（三）有当事人信息。当事人为法人或组织的，写明单位名称；当事人为个人的，注明姓名。

（四）有需要申请延期或分期缴纳罚款的理由。

（五）申请延期缴纳的，写明延长期限的截止日期；申请分期缴纳的，写明具体分期情况。

（六）有申请人的签名或申请单位盖章，并注明日期。

### 三、注意事项

（一）根据当事人具体情况进行勾选，选择本人，或者单位。

（二）根据《行政处罚法》第五十二条的规定，当事人确有经济困难，需要延期或者分期缴纳罚款的，经当事人申请和行政机关批准，可以暂缓或者分期缴纳。

（三）提出延期（分期）缴纳罚款申请同时需提交经济困难情况证明材料，如身份证复印件、户口本复印件、家庭收入证明、无稳定收入证明、失业证明、营业执照复印件、乡镇人民政府（街道办事处）出具的经济困难证明等其他证明个人、单位经济困难的材料。

### 四、参考文书

《城市管理行政执法法律文书示范文本》

×××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》第五十二条的规定, 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》第五十一条第(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。)

## 填写说明

### 一、适用范围

- （一）医疗保障部门外部文书。
- （二）用于对确有经济困难的当事人延期或者分期缴纳罚款的申请，批复同意。

### 二、文书内容

- （一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。
- （二）有当事人信息。当事人为法人或组织的， 写明单位名称；当事人为个人的，注明姓名。
- （三）有作出罚款决定的《行政处罚决定书》的相关内容，如决定书作出的时间、罚款的具体金额（大写）。
- （四）有当事人的申请信息，如申请提出的时间及内容（勾选申请分期还是延期缴纳罚款）。
- （五）有分期或者延期的具体期限信息。同意延期缴纳的， 写明缴纳的最后期限；同意分期缴纳的，写明期次、每期期限和每期应缴纳的金额。
- （六）告知逾期缴纳罚款的法律后果。
- （七）有医疗保障部门公章、作出决定的日期。

### 三、注意事项

- （一）同意延期或者分期缴纳罚款的审批条件是“确有经济困难”。
- （二）在行政处罚决定书确定的缴纳期限届满后提出申请的，不予批准。
- （三）延期或者分期缴纳的最后一期缴纳时间不得晚于向申请人民法院强制执行的最后期限。
- （四）根据当事人具体情况进行勾选，选择你，或者单位。

### 四、参考文书

- （一）福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》
- （二）环保部执法文书样式指引

× × × 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《行政处理决定书》(\_\_\_\_  
\_\_ 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》第五十二条的规定, 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》第五十一条第(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。)

## 填写说明

### 一、适用范围

- （一）医疗保障部门外部文书。
- （二）用于不同意并告知当事人提出的分期（延期）缴纳罚款申请。

### 二、文书内容

- （一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。
- （二）有当事人信息。当事人为法人或组织的， 写明单位名称；当事人为个人的，注明姓名。
- （三）有作出罚款决定的《行政处罚决定书》的基本内容， 如决定书作出的时间、罚款的具体金额（大写）。
- （四）有当事人的申请信息，如申请提出的时间及内容（勾选申请分期或延期缴纳罚款）。
- （五）有不同意分期（延期）缴纳罚款的具体原因。
- （六）告知逾期不缴纳罚款的法律后果。
- （七）有医疗保障部门公章、作出决定的日期。

### 三、注意事项

依据《行政处罚法》第五十二条的规定，只有当事人确有经济困难，需要延期或者分期缴纳罚款的，经当事人申请和行政机关批准，才可以暂缓或者分期缴纳。除此之外，不应当同意当事人暂缓或者分期缴纳罚款。

### 四、参考文书

《城市管理行政执法法律文书示范文本》

× × × 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：     |       |

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）《责令改正情况复查记录》是医疗保障部门已经下达《行政处理决定书》责令当事人改正违法行为，在文书中要求的责令改正期间届满之后，再次对当事人整改情况进行复查，对复查情况进行记录的文书。

### 二、文书内容

（一）有当事人的名称或姓名。

（二）有《责令改正违法决定书》等原文书的文号。

（三）有对当事人整改情况进行复查的具体复查时间。

（四）有当事人实施整改的具体复查地点。

（五）有现场复查情况，包括执法人员对现场复查情况的记录，并可以对整改情况或相关资料进行拍摄。

（六）有现场复查情况的照片。

（七）有当事人及见证人的签名。

（八）有执法人员的签名及执法证号。

### 三、注意事项

（一）复查要对照原《行政处理决定书》要求改正的事项逐一进行复查，并如实记录现场复查情况。

（二）复查过程中，应当采取录音、拍照或录像等形式收集证据。

### 四、参考文书

城管《责令改正情况复查记录》

×××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《行政处理决定书》（\_\_\_\_\_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。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书。

（二）用于对当事人经催告逾期不履行《行政处罚决定书》中作出的处罚决定，向人民法院依法申请强制执行。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。

（二）有申请强制执行法院的名称。

（三）写明《行政处罚决定书》的基本信息，包括名称、发文文号、文书作出日期、送达日期。

（四）有催告信息，如《督促履行义务催告书》的名称、文号和送达日期。

（五）有行政复议和行政诉讼的情况说明。如“当事人在法定期限内既未申请行政复议又未提起行政诉讼”；经过行政复议的，写明“复议决定书送达后当事人未提起行政诉讼”；经过人民法院一审判决的，写明“第一审行政判决后当事人未提出上诉”；经过人民法院一审裁定的，写明“第一审行政裁定后当事人未提出上诉”；经过人民法院二审的，写明“第二审行政判决书已经送达”。

（六）有当事人基本信息。当事人为个人的，勾选并填写姓名、身份证号码、住址、电话；当事人为法人或者其他组织的，勾选并填写单位名称、法定代表人（负责人）姓名、地址、电话。

（七）有申请机关的基本信息，如医疗保障部门的名称、地址、法定代表人姓名、联系电话。有委托代理人的，写明委托代理人姓名、电话。

（八）有申请强制执行的内容。

（九）有医疗保障部门负责人签名、医疗保障部门公章、作出日期。

### 三、注意事项

（一）根据《行政强制法》的规定，随附的材料应该包括行政决定书及作出决定的事实、理由和依据；当事人的意见及行政机关催告情况；申请强制执行标的情况；法律、行政法规规定的其他材料。

（二）注意申请的期限。医疗保障部门要及时向人民法院申请强制执行，可在下列期限内尽早提起：

1. 《行政处理决定书》送达后当事人未申请行政复议且未提起行政诉讼的，在文书送达之日起6个月后起算的3个月内；
2. 《复议决定书》送达后当事人未提起行政诉讼的，在《复议决定书》送达之日起15日后起算的3个月内；
3. 第一审行政判决后当事人未提出上诉的，在判决书送达之日起15日后起算的3个月内；
4. 第一审行政裁定后当事人未提出上诉的，在裁定书送达之日起10日后起算的3个月内；
5. 第二审行政判决书送达之日起3个月内。

#### **四、参考文书**

环保部执法文书样式指引

## （七）结案阶段

### 1. 行政检查

对于行政检查，检查人员应当认真收集、整理检查资料，将记录检查过程、反映检查结果、证实检查结论的各类文件、数据、资料等归入检查档案。

### 2. 行政处罚

行政处罚决定执行完毕或出现其他应予结案的情形时，办案机构应当在 15 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。应予结案的情形主要包括：（1）行政处罚决定执行完毕的；（2）人民法院裁定终结执行的；（3）案件终止调查的；（4）作出不予行政处罚决定或撤销案件决定，或决定移送公安机关或其他行政机关的；（5）其他应予结案的情形。

结案后，执法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。

× × × 医疗保障局

## 结案审批表

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |  |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|
| 当事人名称/<br>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<br>文书文号   |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 送达时间  |  |
| 案件<br>简要<br>情况 |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |  |
| 结案方式           | <input type="checkbox"/> 自动履行 <input type="checkbox"/> 复议结案 <input type="checkbox"/> 诉讼结案 <input type="checkbox"/> 强制执行 <input type="checkbox"/> 其他：_____                                                                                                                                |       |  |
| 结案结果           | <input type="checkbox"/> 行政处罚决定执行完毕 <input type="checkbox"/> 案件终止调查 <input type="checkbox"/> 违法事实不能成立 <input type="checkbox"/> 移送司法机关<br><input type="checkbox"/> 人民法院裁定终结执行 <input type="checkbox"/> 不予行政处罚 <input type="checkbox"/> 移送其他行政部门、经办机构<br><input type="checkbox"/> 其他：_____ |       |  |
| 执法人员<br>结案意见   | <div style="text-align: right;">             签名：<br/>             年   月   日           </div>                                                                                                                                                                                             |       |  |
| 办案机构<br>审核意见   | <div style="text-align: right;">             签名：<br/>             年   月   日           </div>                                                                                                                                                                                             |       |  |
| 行政机关<br>负责人意见  | <div style="text-align: right;">             签名：<br/>             年   月   日           </div>                                                                                                                                                                                             |       |  |

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）用于案件当事人履行义务或被依法强制执行后，或以其他方式结案后，办案人员依程序报请本机关负责人批准结案的工作过程中。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有当事人基本信息，如当事人名称或姓名、工作单位、地址或住址、法定代表人姓名、职务。

（三）有案件基本信息，如立案时间、案由、案件来源。

（四）有行政决定文书的情况，如文书名称及文号、送达时间。

（五）有案件简明情况介绍，包含违法行为发生的时间、地点、情节、后果等；违反的法律法规；调查取证经过和主要证据；行政处理执行情况及罚没财物的处理情况等内容。

（六）勾选执行方式和执行结果，采取其他方式的在下划线处说明。

（七）有执法人员建议结案的理由、签名及日期，一般为两人。

（八）有办案机构负责人同意或不同意结案的意见、签名及日期。

（九）有医疗保障部门负责人同意或不同意结案的意见、签名及日期。

### 三、注意事项

（一）同意分期（延期）履行行政处罚决定的，应在案件简要情况栏予以注明。

（二）本文书原件随卷归档。

### 四、参考文书

（一）浙江医保行政执法参考文书样式

（二）环保部执法文书样式指引

× × × 医疗保障局

行政处罚案卷

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |        |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|
| 案件名称         |                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |        |
| 执法机构         |                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |        |
| 行政处理<br>决定类型 | <input type="checkbox"/> 行政处罚 <input type="checkbox"/> 责令改正违法行为<br><input type="checkbox"/> 不予处罚 <input type="checkbox"/> 撤销案件<br><input type="checkbox"/> 涉嫌犯罪移送司法机关 <input type="checkbox"/> 移送其他行政机关、经办机构<br><input type="checkbox"/> 终止调查 <input type="checkbox"/> 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 |        |

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）用于医疗保障部门在行政处罚案件结案后将案件材料立卷时所做的案卷封皮。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有案件名称，一般由“当事人姓名或者名称+涉嫌构成的违法行为的概述+案”构成。

（三）有行政处理结果，包括但不限于行政处罚、不予处罚、涉嫌犯罪移送司法机关、移送其他机关、终止调查、撤销案件等情形。

（四）有办案机构名称、立案号、立卷人姓名。

（五）有其他归档信息，包括归档时间、保管期限等信息。

× × × 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 |      |      |    |    |

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）是医疗保障行政执法机关案件处理完毕后，将案卷材料装订成卷时所作的有关案卷内材料顺序的提示性文书。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有文件的基本内容，包括发文文号、文件名称及该份文件在整个案卷中的起止页码。

### 三、注意事项

（一）案件处理结束后，办案人员应当将案件有关材料按照档案管理规定立卷归档。案卷归档应该一案一卷、材料齐全、规范有序。

（二）案卷可以分为正卷、副卷。

正卷建议归档顺序：1. 行政处罚决定文书（行政处罚决定书/不予行政处罚决定书）及送达回证；2. 立案审批表； 3. 对当事人制发的其他法律文书及送达回证；4. 证据材料；5. 财物处理单据；6. 其他有关材料。

副卷建议归档顺序：1. 案件来源登记表；2. 调查终结报告；3. 法制审核意见；4. 结案审批表；5. 其他有关材料。

### 四、参考文书

福建省《医疗保障基金监管行政处罚执法文书（样张）》

× × × 医疗保障局

## 行政检查案卷

编号

项目名称:

检查部门:

检查时间:

被检查人:

保管期限:

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）现场检查案卷封面是医疗保障部门在行政检查事项完成后将案件材料立卷时所做的案卷封皮。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有项目名称，一般由“被检查人名称+检查事由”构成。

（三）有检查部门，填入行政检查人员所属部门的名称。

（四）有被检查人的全称。

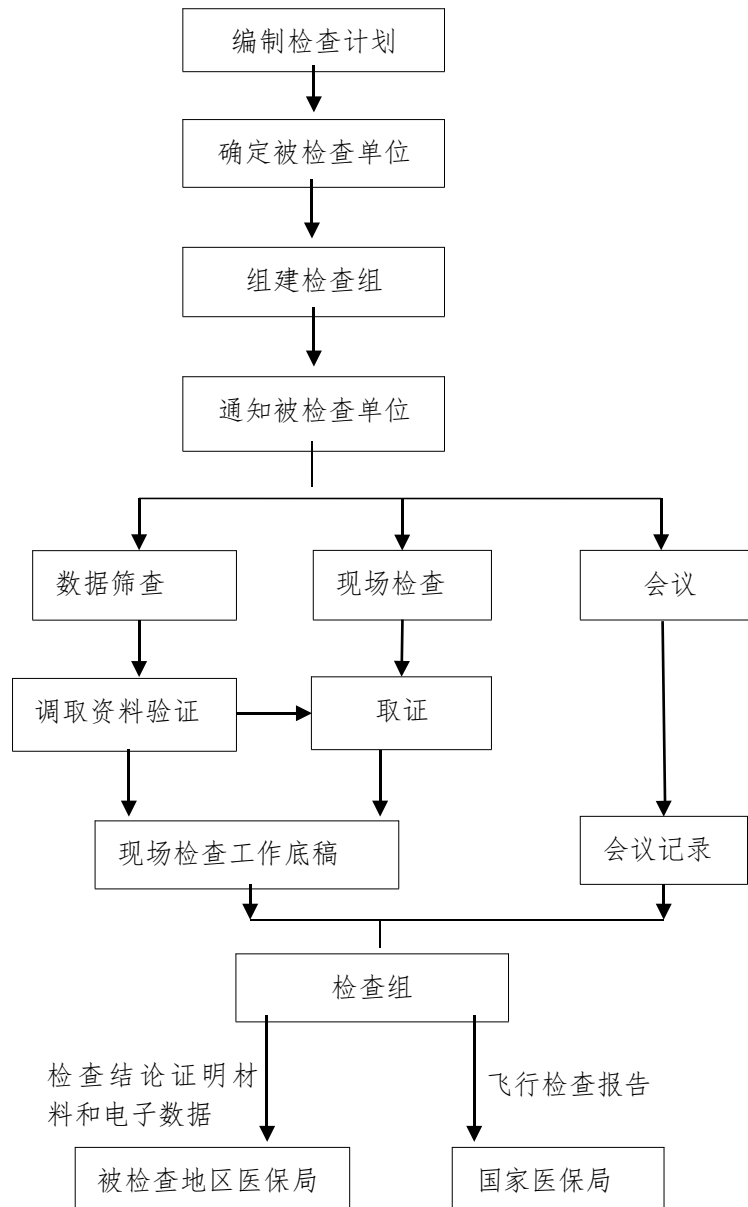
### 三、医疗保障飞行检查执法文书样式

#### （一）检查立项

《医疗保障基金监管飞行检查规程》第二条规定，飞行检查是指国家医疗保障局对全国范围内定点医药机构和医保经办机构及工作人员、参保人员等党委和个人涉及医疗保障基金使用行为开展的不预先告知的监督检查。

飞行检查组实行组长负责制，组长由国家医保局基金监管司指定。检查组成员由医保执法人员或相关部门人员、受委托的专家及第三方机构人员等组成。参加飞行检查的人员应签署《飞行检查工作人员保密承诺书》，承诺对飞行检查过程中获知的信息保密。

以下为飞行检查全过程的流程图。



× × × 医疗保障局

## 飞行检查工作人员保密承诺书

飞行检查保密信息，指检查人员在飞行检查过程中获取的涉及举报人、医保数据、被检查人等所有有形、无形的信息及资料。

本人作为飞行检查工作人员，已被告知并了解飞行检查相关保密制度，承诺对飞行检查过程中获知的信息保密。本人郑重承诺：

一、严格遵守国家、医疗保障部门及飞行检查有关涉密规定和纪律要求。

二、不得以任何方式泄露飞行检查相关情况、举报人信息及被检查人的商业秘密。

三、不违规留存飞行检查相关工作记录、国家秘密载体，不违规存储、复制国家秘密信息。

四、不得擅自发表涉及未公开的飞行检查相关工作内容。

违反上述承诺，自愿承担党纪、政纪责任和法律后果。

所在单位：

承诺人签名：

年 月 日

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）《飞行检查工作人员保密承诺书》用于医疗保障部门飞行检查工作人员对飞行检查过程中获知的信息保密的书面承诺。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有飞行检查工作人员承诺的内容。

（三）有承诺人所在单位的名称。

（四）有承诺人的签名，捺指印，并注明日期。

× × × 医疗保障局

飞行检查委托书

\_\_\_\_\_ 医保飞检字〔20××〕第 号

委 托 人：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

受委托人：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

受委托人统一社会信用代码：\_\_\_\_\_

委托事项：因调查处理\_\_\_\_\_案件的需要，根据\_\_\_\_\_的规定，委托人现委托受委托人对\_\_\_\_\_进行飞行检查。

约定事项：

1. 委托人应当通知被检查人相关事宜并要求其配合；
2. 受委托人的飞行检查工作应当由委托人统一安排；
3. 受委托人应当按委托人的要求进行飞行检查。

委托人： ××× 医疗保障局

（公章）

年 月 日

受委托人：（机构名称）

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份交受委托人，一份检查组留存，一份随卷归档。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书。

（二）《飞行检查委托书》用于医疗保障部门委托第三方机构对被检查人进行飞行检查。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称和文书名称。

（二）有委托人基本信息，如机关名称、联系电话。

（三）有受委托人基本信息，如单位名称、社会统一信用代码、联系电话。

（四）有委托事项，需载明案由、委托飞行检查的依据及被检查人名称。

（五）有委托人和被委托人约定事项。

（六）委托人和受委托人加盖公章并注明日期。

### 三、注意事项

国家医保局可以根据工作需要聘请第三方机构参与飞行检查，但是第三方机构人员不得担任飞行检查组组长、各小组组长。

## （二）检查实施

飞行检查组到达检查现场后，检查人员应当出具相关证件和《飞行检查通知书》，通报检查要求和被检查单位的权利和义务。

飞行检查人员应当依照法律法规及被检查地区管理规定，取得被检查单位负责人对本单位提供资料（含数据资料）真实性和完整性的书面承诺，即《被检查单位承诺书》。

根据检查工作需要，飞行检查组可采取数据筛查与现场检查的办法。飞行检查组对被检查地区医保数据进行接收、提取、核查、确认、汇总时，应制作《数据接收提取核查确认汇总表》。飞行检查小组成员根据数据筛查中发现的问题，调取相关材料对前期筛查数据疑点进行验证。飞行检查人员依法向被检查单位调取相关资料时，应出具《调取证据材料通知书》（在第二部分中已提供该文书样式）。

飞行检查人员根据实施方案确定的检查事项，均应编制《飞行检查工作底稿》，真实、完整记录飞行检查实施的主要步骤和方法、获取的相关证据，以及得出的飞行检查结论等。

飞行检查期间工作会议主要包括飞行检查进点会、工作例会、重大事项讨论会、检查小结会议和检查结论反馈会。飞行检查组会议讨论事项应当做好《会议记录》，会议记录由记录人和飞行检查组组长签字确认，并作为重要事项记录归入飞行检查档案。

×××医疗保障局

飞行检查通知书

\_\_\_\_\_ 医保飞检通字〔20××〕第 号

\_\_\_\_\_ :

根据《社会保险法》、《国务院办公厅关于推广随机抽查规范事中事后监管的通知》（国办发〔2015〕58号）和《医疗保障基金监管飞行检查规程》等有关法律法规，抽取你单位为此次检查对象，兹指派下列人员组成飞行检查组于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，对你单位进行检查，检查期间暂定为\_\_\_\_\_，检查范围和内容主要是\_\_\_\_\_。

请你单位及有关人员按照检查组要求，明确检查现场负责人，及时提供必要的工作场所和真实、有效的文件、记录、票据、凭证、电子数据、档案等相关材料，如实回答检查组的询问，配合检查工作。

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

被检查单位（公章）：\_\_\_\_\_ 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

联系人：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

（本文书一式三份，一份送达，一份检查组留存，一份随卷归档。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书。

（二）《飞行检查通知书》用于医疗保障部门告知被检查单位被抽取为飞行检查对象，飞行检查组将要对其进行现场检查，该文书需送达被检查单位。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称和文号。

（二）有被检查单位的全称。

（三）有开展飞行检查的法律依据。

（四）有飞行检查的起始时间。

（五）有飞行检查的内容和范围，列明需要提交的飞行检查资料清单及时限等。

（六）有检查组组长及成员的姓名及执法证号。

（七）有向被检查单位发出飞行检查通知的时间。飞行检查组应当在不晚于实施飞行检查前 3 个工作日（不含进点日），将飞行检查通知送达被检查地区医保局。遇有特殊情况，检查组可当面送达飞行检查通知，直接实施飞行检查。

（八）有被检查单位签收《飞行检查通知书》的盖章及签收日期。

× × × 医疗保障局

## 被检查单位承诺书

本人作为被检查单位负责人，已被告知并了解相关法律法规，承诺本单位提供的资料（含数据资料）是真实、完整的。本人郑重承诺：

一、严格遵守法律法规及地区管理规定有关该承诺的要求。

二、本单位不得向检查组提供虚假的资料。

三、本单位不得向检查组提供有删减的资料。

违反上述承诺，自愿承担法律后果。

被检查单位：

承诺人签名：

年 月 日

（本文书一式三份，一份被检查单位留存，一份检查组留存，一份随卷归档。）

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门外部文书。

（二）《被检查单位承诺书》用于医疗保障部门的飞行检查人员依法取得被检查单位负责人对本单位提供资料真实性和完整性的书面承诺的文书。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有被检查单位负责人的承诺内容。

（三）有被检查单位的名称。

（四）有承诺人的签名及捺指印，并注明日期。

× × × 医疗保障局

数据接收提取核查确认汇总表

| 编号 | 数据名称 | 数据来源 | 接收 | 提取 | 核查 | 确认 | 信息技术人员 |
|----|------|------|----|----|----|----|--------|
|    |      |      |    |    |    |    |        |
|    |      |      |    |    |    |    |        |
|    |      |      |    |    |    |    |        |
|    |      |      |    |    |    |    |        |
|    |      |      |    |    |    |    |        |
|    |      |      |    |    |    |    |        |
|    |      |      |    |    |    |    |        |
|    |      |      |    |    |    |    |        |
|    |      |      |    |    |    |    |        |
|    |      |      |    |    |    |    |        |
|    |      |      |    |    |    |    |        |
|    |      |      |    |    |    |    |        |

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）《数据接收提取核查确认汇总表》用于医疗保障部门飞行检查组对被检查地区医保数据进行汇总的文书。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有数据名称及数据来源。

（三）有是否经过接收、提取、核查、确认，如果已经过，在相应位置打“√”。

（四）有接收、提取、核查、确认数据的信息技术人员签字。

### 三、注意事项

若表格未填满，应在填入数据的最后一行的下一行注明“以下空白”；若需要多页时可使用续页，若使用续页，应注明“第×页 共×页”。

× × × 医疗保障局

飞行检查工作底稿

|             |  |       |  |
|-------------|--|-------|--|
| 项目名称        |  | 被检查单位 |  |
| 检查人员        |  | 复核人   |  |
| 检查的步骤和方法：   |  |       |  |
| 检查内容：       |  |       |  |
| 发现的问题及相关证据： |  |       |  |
| 评价和意见：      |  |       |  |

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）《飞行检查工作底稿》用于医疗保障部门检查组人员记载在飞行检查中认定的事实、确定查证的问题、评价和意见的工作过程。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有被检查单位的名称。

（三）有飞行检查项目的名称。

（四）有检查人员及复核人的姓名。

（五）有飞行检查实施的步骤和方法。

（六）有飞行检查的内容。

（七）有飞行检查过程中发现的问题及证据，包括检查认定的事实、认定事实过程中对有关资料进行分析、比较的内容及其结果、认定的依据。

（八）有检查组对飞行检查情况的评价和意见。

### 三、注意事项

与检查中发现的问题有关的附件材料应当附列于工作底稿之后，并在工作底稿中予以编号注明。

### 四、参考文书

天津市金融工作局《现场检查工作底稿》

# × × × 医疗保障局

## 飞行检查组会议记录

|            |       |     |            |
|------------|-------|-----|------------|
| 案件名称       |       |     |            |
| 当事人        |       |     |            |
| 会议时间       | 年     | 月   | 日 时 分至 时 分 |
| 会议地点       |       |     |            |
| 主持人        |       |     |            |
| 汇报人        |       | 记录人 |            |
| 参会人员       |       |     |            |
| 列席人员       |       |     |            |
| 案件情况       | 案情介绍: |     |            |
|            | 违法事项: |     |            |
|            | 处罚依据: |     |            |
|            | 处罚建议: |     |            |
| 参会人员<br>意见 |       |     |            |
| 会议决定       |       |     |            |

检查组组长签名: \_\_\_\_\_ 年 月 日

参会人员签名: \_\_\_\_\_ 年 月 日

记录人签名：\_\_\_\_\_

年    月    日

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）《飞行检查组会议记录》用于医疗保障部门飞行检查组对案件办理过程中重大、复杂事项进行集体审议过程的记录。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有案件名称、当事人、会议时间和地点。

（三）有会议主持人、案件汇报人、会议记录人、参会人员、列席人员。

（四）有案件情况，包括案情介绍、违法事项、处罚依据及处罚建议。

（五）有参会人员的意见。

（六）有会议对案件如何处理的决定。

（七）有参会人员签名，并注明日期。

（八）有检查组组长及会议记录人的确认签名，并注明日期。

### 三、注意事项

（一）对情节复杂或者重大违法行为给予较重的行政处罚的，行政机关的负责人应当集体讨论决定。

（二）会议内容应当针对案件事实是否调查清楚，证据是否确凿、充分，定性是否准确，当事人是否具备主体资格，应处理的单位和个人是否遗漏，适用法律法规是否正确，自由裁量是否得当，办案程序是否合法等。

（三）针对讨论的问题应当有结论性意见。

### 四、参考文书

（一）环保部《案件集体讨论笔录》

（二）浙江医保局《重大案件集体讨论记录》

### **（三）检查结果**

飞行检查组在检查完成后，应当提交《飞行检查报告》，包括飞行检查工作情况、被检查单位工作概况及总体评价、检查中发现的问题和检查意见等。飞行检查期间，被检查对象存在的问题已经整改的，《飞行检查报告》中应包括有关整改内容。《飞行检查报告》的内容应严格保密。

飞行检查组完成检查后，应向国家医保局提交飞行检查报告，并向被检查地区医保部门及时移交检查结论证明材料、电子数据。被检查地区医保部门督促被检查单位和其他有关单位根据飞行检查发现的问题进行整改。

× × × 医疗保障局

飞行检查报告

检查项目：\_\_\_\_\_

检查时间：\_\_\_\_\_ 检查地点：\_\_\_\_\_

被检查单位名称：\_\_\_\_\_ 被检查单位负责人：\_\_\_\_\_

检查部门名称：\_\_\_\_\_ 检查部门负责人：\_\_\_\_\_

检查组组长：\_\_\_\_\_ 检查组主查人：\_\_\_\_\_

飞行检查工作基本情况：\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

事实梳理：\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

被检查地区主要医保管理政策、制度概述：\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

被 查 单 位 工 作 概 况 及 评 价： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

检 查 中 发 现 的 问 题 及 原 因： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

检 查 建 议： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

检 查 组 组 长 签 名：

报 告 完 成 日 期：     年    月    日

## 填写说明

### 一、适用范围

（一）医疗保障部门内部文书。

（二）《飞行检查报告》用于医疗保障部门飞行检查组在检查完成后，撰写的书面总结报告，包括飞行检查工作情况、被检查单位工作概况及总体评价、检查中发现的问题和检查意见等。

### 二、文书内容

（一）有医疗保障部门名称、文书名称。

（二）有飞行检查工作基本情况，包括飞行检查方案、人员分工以及检查范围、检查内容、检查过程、检查目标的完成情况等。

（三）被检查地区主要医保管理政策、制度概述。

（四）有被检查单位的工作概况及总体评价。

（五）有检查中发现的问题及原因，包括违法违规行为的事实，违反的法律、法规或监管政策的规定（包括被检查地区的医保管理规定），以及对事实的定性评价。

（六）有检查建议，可能的检查建议包括责令改正违法行为，或提请机关负责人批准立案，转入行政处罚案件处理程序。

（七）有检查组组长签名。

（八）有报告完成日期。

### 三、注意事项

（一）飞行检查期间，被检查单位存在的问题已经整改的，检查报告中应包括有关整改内容

（二）本报告属于内部运转的专用文书，报告的资料来源于被检查单位提供的业务、财务信息及有关档案，必须严格保密。