

医疗保障行政执法文书制作指引与文书样式

国家医疗保障局

2020年7月

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。)

× × × 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

× × × 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

第 页 共 页

× × × 医疗保障局

现场检查报告

被检单位名称		被检单位负责人	
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			
被检单位 工作基本 情况及总 体评价			
检查中发 现的问题			
处理意见			
<p>提示： 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。资料来源于被检单位提供的业务、财务信息及有关资料。本报告必须保密。</p>			

