附件6

定点医药机构相关人员陈述申辩书

定点医药机构名称： 处理通知书文号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 医保代码 |  | 联系电话 |  |
| 陈述申辩内容：（可附相关佐证材料） 签字： 年 月 日 |
| 定点医药机构意见：  公章 年 月 日 |
| 医疗保障经办机构意见：  公章 年 月 日 |