附件7

定点医药机构相关人员记分修复申请书

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 |  |
| 记分修复申请：（需附相关证明材料）  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 | | | |