**医保行政执法参考文书样式**

目 录

立案阶段

1．案件来源登记表

2．立案审批表

调查取证阶段

3．询问通知书

4．现场勘验（检查）笔录

5．现场勘验图

6．现场照片及说明

7．调查（询问）笔录

8．法定代表人（负责人）身份证明书

9．授权委托书

10．调取证据材料通知书

11．抽样取证通知书

12．抽样取证物品处理通知书

13．鉴定（检验）委托书

14．鉴定（检验）期限告知书

15．鉴定（检验）意见告知书

16．先行登记保存证据决定书

17．解除先行登记保存证据通知书

18．查封（扣押）决定书

19．延长查封（扣押）期限决定书

20．解除查封（扣押）决定书

21．案件审核记录

22．责令改正通知书

23．送达方式及地址确认书

24．案件移送函

25．案件移交函

26．涉嫌犯罪案件移送书

27．案件调查终结报告

处罚告知（听证）阶段

28．行政处罚告知审批表

29．行政处罚告知书

30．行政处罚（听证类）告知书

31．陈述申辩笔录

32．听证通知书

33．不予受理听证通知书

34．听证笔录

35．听证报告

36．重大案件集体讨论记录

处罚决定阶段

37．行政处罚决定审批表

38．行政处罚决定书

39．不予行政处罚决定书

执行结案阶段

40．案件结案报告

41．卷内文件目录及卷宗封面

其他类

42．送达回证

43．呈请审批表

44．回避决定书

45．指定管辖决定书

46．物品处理记录

参考文书样式1

\*\*\*\*医疗保障局案件来源登记表

**医保执案源字〔〕第号**

|  |  |
| --- | --- |
| 登记时间 | 年月日时分 |
| 来源分类 | □执法检查□投诉举报□其他机关移送□上级机关交办□其他. |
| 案源提供人 | 执法检查人 | 姓名 |  | 执法证号 |  |
| 姓名 |  | 执法证号 |  |
| 投诉举报人 | 个人 | 姓名 |  | 身份证（其他有效证件）号码 |  |
| 单位 | 名称 |  |
| 法定代表人（负责人） |  |
| 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 联系地址 |  |
| 移送交办单位 | 名称 |  |
| 联系人 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  |
| 联系地址 |  |
| 案源登记内容 | 登记人：年月日 |
| 案源交办意见 | 负责人：年月日 |
| 备注 |  |

参考文书样式2

\*\*\*\*医疗保障局立案审批表

**医保执立字〔〕第号**

|  |  |
| --- | --- |
| 案件来源 |  |
| 案由 |  |
| 案发地 |  |
| 当事人 | 个人 | 姓名 |  | 出生年月 |  |
| 性别 |  | 联系电话 |  |
| 身份证或其他有效证件号码 |  |
| 住址 |  |
| 工作单位 |  |
| 单位 | 名称 |  |
| 法定代表人或负责人 |  | 职务 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 联系电话 |  |
| 住所 |  |
| 案件简要情况 |  |
| 执法人员意见 | 签名：年月日 |
| 办案机构审核意见 | 签名：年月日 |
| 法制机构审核意见 | 签名：年月日 |
| 行政机关负责人审批意见 | 签名：年月日 |
| 备注 |  |

参考文书样式3

\*\*\*\*医疗保障局询问通知书

**医保执询字〔〕第号**

（被询问人的姓名或名称）：

因（事由），为查明案情，请你（单位）于年月日时分到（联系人：，联系电话：）接受询问，来时请携带以下资料（见打√处）：

□营业执照

□组织机构代码证

□法定代表人或负责人身份证及身份证明书）

□本人身份证或其他有效证件

□授权委托书

□相关许可证明文件

□（其他需要当事人携带的证件或者材料）

特此通知。

签收人： 与当事人关系：

年 月 日 联系电话：

备 注：

\*\*\*\*医疗保障局（印章）

 年月日

参考文书样式4

\*\*\*\*医疗保障局现场勘验（检查）笔录

勘验（检查）时间：年月日时分至时分

勘验（检查）地点：

勘验（检查）人：执法证号：

 执法证号：

记录人：执法证号：

被勘验（检查）人姓名或名称：

身份证号或统一社会信用代码：

住址或住所：联系电话：

在场人：职务：

联系电话：与本案关系：

见证人：

出示证件、表明身份的记录：我们是的行政执法人员，这是我们的执法证件（出示证件），请过目确认。答：

告知相关权利和义务的记录：我们今天依法进行勘验（检查）并了解有关情况，有关单位和个人应当积极配合，如实说明情况并提供文件、资料，不得拒绝、阻碍、隐瞒或者提供虚假情况。同时如果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。请问是否需要执法人员回避？答：

现场勘验（检查）情况：（笔录尾页应注明“上述笔录内容，记录属实”）

被勘验（检查）人签名：年月日

勘验（检查）人签名：、年月日

记录人签名：年月日

见证人签名：年月日

备注：

第页共页

参考文书样式5

\*\*\*\*医疗保障局

现场勘验图

|  |
| --- |
| 说明: 1797562081562902325718 |
| 绘制内容： |
| 绘制日期：　　　　　制作人： |
| 当事人：　 日期： |
| 拒签理由： |
| 见证人：　　　　　　日期： |
| 勘验人： 日期： |

参考文书样式6

\*\*\*\*医疗保障局

现场照片及说明

|  |
| --- |
|  |
| 反映内容： |
| 拍摄地点：  |
| 拍摄时间：年月日时分拍摄人： |
| 当事人： |
| 见证人： |
| 执法人员：执法证号：执法人员：执法证号： |
| 备注： |

参考文书样式7

\*\*\*\*医疗保障局

调查（询问）笔录

时间：年月日时分至时分

地点：

调查（询问）人：执法证号：

执法证号：

记录人：执法证号：

被调查（询问）人姓名：性别：民族：

国籍：出生年月：政治面貌：

文化程度：电话：与本案关系：

身份证或其他有效证件号：

工作单位或住址：

告知：我们是的执法人员（出示证件）。在接受调查（询问）之前，您有申请我们回避的权利；在调查（询问）过程中，您有陈述、申辩的权利；同时，您应当如实提供证据并协助调查，不得作伪证，否则将承担法律责任。

被调查（询问）人签名：年月日

调查（询问）人签名：年月日

记录人签名：年月日

第页共页

参考文书样式8

法定代表人（负责人）身份证明书

（身份证号：）在我单位任职务，是我单位的法定代表人（负责人）。

单位地址：

联系电话：

单位全称：

单位公章：

年月日

参考文书样式9

授权委托书

委托人：

法定代表人（负责人）：职务：

住所地：联系电话：

受委托人：身份证号：

工作单位：职务：

住址：联系电话：

现委托上述受委托人前来贵局处理

行为的法律事务。

委托权限：。

委托期限：从年月日到本案终结为止。同时，受委托人在委托前就上述事项所签署的一切文件，我（单位）均予以承认。

委托人：

年月日

参考文书样式10

\*\*\*\*医疗保障局

调取证据材料通知书

**医保执调证字〔〕第号**

（证据材料持有人的姓名或者名称）：

因调查（违法嫌疑人姓名或名称+涉嫌+违法行为性质）一案的需要，根据《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条、《浙江省行政程序办法》第五十条之规定，现介绍等2名同志前来你（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（印章）

年月日

参考文书样式11

\*\*\*\*医疗保障局

抽样取证通知书

**医保执抽证通字〔〕第号**

当事人：（当事人姓名或者名称）

地址：（当事人家庭住址或者住所地）

你（单位）因行为，违反了的规定。依照《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条第二款的规定，本机关决定对你（单位）位于（地点或者场所）的下列物品予以抽样取证。

附：抽样取证物品清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 数量 | 规格 | 型号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

当事人：年月日

执法人员：、年月日

\*\*\*\*医疗保障局（印章）年月日

参考文书样式12

\*\*\*\*医疗保障局

抽样取证物品处理通知书

**医保执抽证通字〔〕第号**

（当事人姓名或者名称）：

本机关于年月日向你（单位）制发医保执抽证通字〔〕第号《抽样取证通知书》，对等物品进行了抽样取证。现根据（结果），依照的规定，对被抽样取证的物品作出以下处理：（具体处理意见）。

附：抽样取证物品处理清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 数量 | 规格 | 型号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

当事人：年月日

执法人员：、年月日

\*\*\*\*医疗保障局（印章）

年月日

参考文书样式13

\*\*\*\*医疗保障局

鉴定（检验）委托书

**医保执鉴（检）委字〔 〕第 号**

委 托 人：

受委托人：

委托事项：

因调查处理有关涉嫌违法案件的需要，根据的规定，委托人现委托受委托人对下列物品进行鉴定（检验）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名 称 | 数 量 | 规 格 | 型号 | 备 注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1．委托人应当提供鉴定（检验）所需样品；

2．委托人应当按时收取鉴定（检验）报告，并按双方约定交纳费用；

3．受委托人应当按委托人的要求进行鉴定（检验），并于　 年月日前提交鉴定（检验）报告一式份；

4．受委托人不能按时完成委托的鉴定（检验）工作，或者提供不真实的鉴定（检验）报告，给委托人造成损失的或因此引发行政赔偿责任的，应当依法承担赔偿责任；

5．受委托人应在出具的鉴定（检验）报告中载明鉴定的内容、委托人提交的相关材料、鉴定的依据和使用的科学技术手段、鉴定的过程、明确的鉴定结论、鉴定部门和鉴定人鉴定资格的说明及鉴定人和鉴定部门的签名盖章。

（委托人印章）　　　　　　　　　　　　（受委托人印章）

年　　月　　日　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日

参考文书样式14

\*\*\*\*医疗保障局

鉴定（检验）期限告知书

**医保执鉴（检）告字〔〕第号**

（当事人姓名或者名称）：

你（单位）　 （委托鉴定、检验的具体物品情况） ，现本机关已依法委托相关机构进行鉴定（检验）。鉴定（检验）期间自年月日至年月日。

依据的规定，鉴定（检验）的期间不计入。

特此告知。

联系人：联系电话：

\*\*\*\*医疗保障局（印章）

 年 月 日

参考文书样式15

\*\*\*\*医疗保障局

鉴定（检验）意见告知书

**医保执鉴（检）告字〔 〕第 号**

 （被告知人姓名或者名称） ：

本机关委托 （机构名称） 对下列物品进行了鉴定（检验）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名 称 | 数 量 | 规 格 | 型号 | 备 注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

鉴定（检验）意见如下：。

如你（单位）对上述鉴定（检验）意见有异议的，可以在日内提出补充鉴定（检验）或重新鉴定（检验）的申请。

联系人：联系电话：

附：鉴定（检验）报告（报告编号：）

\*\*\*\*医疗保障局（印章）

 年 月 日

参考文书样式16

\*\*\*\*医疗保障局

先行登记保存证据决定书

**医保执登存决字〔〕第号**

当事人：（当事人姓名或者名称）

地址：（当事人家庭住址或者住所地）

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《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条第二款的规定，本机关决定对下列物品予以先行登记保存证据。先行登记保存证据物品自年月日至年月日，以（当事人、第三人或行政执法机关）保管方式，存放于（具体地点）。在此期间，当事人或者有关人员不得销毁或转移证据。

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：先行登记保存证据清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 数量 | 规格 | 型号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

当事人：年月日

执法人员：、年月日

\*\*\*\*医疗保障局（印章）

 年 月 日

参考文书样式17

\*\*\*\*医疗保障局

解除先行登记保存证据通知书

**医保执登存通字〔〕第号**

（当事人姓名或者名称）：

本机关于年月日向你（单位）制发医保执登存决字〔〕第号《先行登记保存证据决定书》，对（先行登记保存证据名称）等证据进行先行登记保存，先行登记保存证据物品以（当事人、第三人或行政执法机关）方式，存放于。

现因，决定对（先行登记保存证据全部或部分）于年月日起予以解除先行登记保存措施。解除登记保存物品作如下处理：　　（具体处理意见）。

附：解除先行登记保存证据清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 数量 | 规格 | 型号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

当事人：年月日

执法人员：、年月日

\*\*\*\*医疗保障局（印章）

年月日

参考文书样式18

\*\*\*\*医疗保障局

查封（扣押）决定书

**医保执查（扣）决字〔〕第号**

当事人：（当事人姓名或者名称）

地址：（当事人家庭住址或者住所地）

经查，你（单位）涉嫌实施了 的违法行为，依据　之规定，决定对你（单位）的有关场所、设施或物品（详见《查封（扣押）清单》）予以查封（扣押），查封（扣押）期限为日，自　年　月　日起至　年　月

　日止。如因检验或者技术鉴定需要顺延期限的，或因情况复杂依法需要延长期限的，本机关将另行书面告知。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）物品存放于（联系电话：），由（保管人姓名或名称）保管。

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：查封（扣押）清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 数量 | 规格 | 型号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

当事人：年月日

执法人员：、年月日

\*\*\*\*医疗保障局（印章）

年月日

参考文书样式19

\*\*\*\*医疗保障局

延长查封（扣押）期限决定书

**医保执查（扣）延字〔〕第号**

（当事人姓名或者名称）：

因你（单位）涉嫌（案由）的违法行为，本机关于年月日向你（单位）制发医保执查（扣）决字〔〕第号《查封（扣押）决定书》，对你（单位）的有关场所、设施或物品实施了查封（扣押）。

现因（具体理由），根据《中华人民共和国行政强制法》第二十五条第一款的规定，经本机关负责人批准，决定延长查封（扣押）期限日，自年月日起至年月日止。

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。

\*\*\*\*医疗保障局（印章）

年月日

参考文书样式20

\*\*\*\*医疗保障局

解除查封（扣押）决定书

**医保执查（扣）解字〔〕第号**

（当事人姓名或者名称）：

本机关于年月日，向你（单位）制发医保执查（扣）决字〔〕第号《查封（扣押）决定书》，对你（单位）的有关场所、设施或物品实施了查封（扣押）。

现因（解除理由），根据的规定，决定自年月日起予以全部（部分）解除（详见《解除查封（扣押）清单》）。其中需退还你（单位）的物品，请你（单位）于年月日前到（具体地点）取回物品。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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 数量 | 规格 | 型号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

当事人：年月日

执法人员：、年月日

\*\*\*\*医疗保障局（印章）

年月日

参考文书样式21

\*\*\*\*医疗保障局

案件审核记录

案由：

审理时间：年月日时分至时分

审理地点：

主持人：记录人：

审理人员：

案情介绍：

证据材料：

处罚依据：处罚建议：

讨论记录：

审理意见：

主持人签名：记录人签名：

审理人员签名：

第页共页

参考文书样式22

\*\*\*\*医疗保障局

责令改正通知书

**医保执责改通字〔〕第号**

当事人：（当事人姓名或者名称）

地 址：（当事人家庭住址或者住所地）

经查，你（单位）（写明当事人的违法事实包括违法的时间、地点和具体违法行为内容等）。你（单位）的上述行为已经违反了《中华人民共和国社会保险法》第七十九条的规定。

依据《中华人民共和国社会保险法》第七十九条、第九十一条等规定，现责令你（单位） （写明改正的具体内容、要求，注明逾期不改或者拒不改正应承担的法律责任） 。

如不服本通知，可以在收到本通知书之日起60日内向申请行政复议；也可以在收到本通知书之日起6个月内直接向人民法院起诉。

\*\*\*\*医疗保障局（印章）

年月日

参考文书样式23

送达方式及地址确认书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 案由 |  | 立案号 |  |
| 当事人填写送达地址确认书的告知事项 | 1．为便于当事人及时收到法律文书，保证执法程序顺利进行，当事人应当如实提供确切的送达地址；2．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；3．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；4．如果提供的地址不确切，或不及时告知变更后的地址，使法律文书无法送达或及时送达，当事人将自己承担由此可能产生的法律后果。 |
| 当事人提供自己的送达地址 | 1．确认下列地址为送达地址：地址：邮编：收件人：电话：2．指定以下代收人地址为送达地址：代收人：与本人关系：地址：邮编：3．指定下列现代通讯方式送达：（1）手机短信，接收号码：（2）传真，接收号码：（3）电子邮件，邮箱地址：（4）其他方式及码址：4．其他联系方式： |
| 当事人对自己送达地址的确认 | 我已经阅读了（听明白）上述告知事项，并保证上述送达地址是准确、有效的。当事人签名、盖章或捺指印：年月日 |
| 执法人员签名 | 年月日 |
| 备注 |  |

参考文书样式24

\*\*\*\*医疗保障局

案件移送函

**医保执移送字〔〕第号**

（受移送机关的名称）：

本机关于年月日对一案立案调查，在调查中发现（当事人的违法行为时间、地点、情节、内容等），故此案超出本机关管辖范围，根据规定，现将该案移送你单位处理。

特此移送。案件查处结果请及时函告本机关。

附有关材料：

1．

2．

3．

联系人：联系电话：

\*\*\*\*医疗保障局（印章）

年月日

参考文书样式25

\*\*\*\*医疗保障局

案件移交函

**医保执移交字〔〕第号**

（受移交的下级医疗保障局名称）：

根据《中华人民共和国行政处罚法》第二十条和《浙江省行政程序办法》第十条的规定，现将该案移交你单位处理。如违法行为涉嫌犯罪，你局应当按规定移送公安机关。

特此移交。案件查处结果请及时函告本机关。

附有关材料：

1．

2．

3．

联系人：联系电话：

\*\*\*\*医疗保障局（印章）

年月日

参考文书样式26

\*\*\*\*医疗保障局

涉嫌犯罪案件移送书

**医保执罪移字〔〕第号**

 （受移送公安机关名称） ：

本机关于年月日对（填写案件名称，规范表述为“当事人的姓名或名称+涉嫌+违法行为性质”）一案立案调查，在调查中发现（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）。根据《中华人民共和国行政处罚法》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，现移送你局依法查处。

根据《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》第十二条的规定，本机关将在接到你局立案通知书之日起3日内将涉案物品及与案件有关的其他材料移交你局。

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，你局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。

附有关材料：

1．涉嫌犯罪案件情况的调查报告；

2．涉案物品清单；

3．有关检验报告或者鉴定结论；

4．其他有关涉嫌犯罪的材料。

联系人：联系电话：

\*\*\*\*医疗保障局（印章）

年月日

参考文书样式27

\*\*\*\*医疗保障局

案件调查终结报告

案由：

调查时间：自    年   月   日至   年  月　日

调查人：    、

案发经过：

当事人基本情况：

违法事实：

相关证据：

当事人意见：

处罚依据：

处罚建议：

调查人签名：

年月日

参考文书样式28

\*\*\*\*医疗保障局

行政处罚告知审批表

|  |  |
| --- | --- |
| 立案案号 |  |
| 案由 |  |
| 案发地 |  |
| 当事人 | 个人 | 姓名 |  | 出生年月 |  |
| 性别 |  | 联系电话 |  |
| 身份证或其他有效证件号码 |  |
| 住址 |  |
| 工作单位 |  |
| 单位 | 名称 |  |
| 法定代表人或负责人 |  | 职务 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 联系电话 |  |
| 住所 |  |
| 具体违法事实 |  |
| 相关证据 |  |
| 处罚依据 |  |
| 执法人员意见 | 签名：年月日 |
| 办案机构意见 | 签名：年月日 |
| 法制机构意见 | 签名：年月日 |
| 案件审核委员会意见 |  |
| 行政机关负责人意见 | 签名：年月日 |
| 备注 |  |

参考文书样式29

\*\*\*\*医疗保障局

行政处罚告知书

**医保执罚告字〔〕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（结合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，说明裁量理由），现根据的规定，拟对你（单位）作出如下行政处罚。

根据《中华人民共和国行政处罚法》第三十一条、第三十二条以及《浙江省行政程序办法》第五十二条的规定，你（单位）依法享有陈述、申辩的权利。如你（单位）对本机关拟作出行政处罚决定的事实、理由、依据及内容等有异议的，应在收到本告知书起3个工作日内向本机关提出书面陈述、申辩意见，或到本机关进行口头陈述、申辩。逾期不提供陈述、申辩意见，本机关将依法作出行政处罚决定。

联系人：

联系电话：

联系地址：

\*\*\*\*医疗保障局（印章）

年月日

参考文书样式30

\*\*\*\*医疗保障局

行政处罚（听证类）告知书

**医保执罚听告字〔〕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（结合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，说明裁量理由），现根据的规定，拟对你（单位）作出如下行政处罚：。

根据《中华人民共和国行政处罚法》第三十一条、第三十二条以及《浙江省行政程序办法》第五十二条的规定，你（单位）依法享有陈述、申辩的权利。如你（单位）对本机关拟作出行政处罚决定的事实、理由、依据及内容等有异议的，应在收到本告知书起3个工作日内向本机关提出书面陈述、申辩意见，或到本机关进行口头陈述、申辩。同时，根据《中华人民共和国行政处罚法》第四十二条的规定，你（单位）有要求举行听证的权利。如你（单位）要求举行听证，应在收到本告知书后3个工作日内提出，逾期视为放弃听证权利。如你（单位）认为相关事项涉及商业秘密或个人隐私，不宜公开进行听证的，应在举行听证的3个工作日前向本机关提出并说明理由。逾期不提供陈述、申辩意见，又不要求举行听证，本机关将依法作出行政处罚决定。

联系人：联系电话：

联系地址：

\*\*\*\*医疗保障局（印章）

年月日

参考文书样式31

\*\*\*\*医疗保障局

陈述申辩笔录

案由：

当事人：

陈述申辩人：姓名性别联系电话

身份证号与当事人的关系

陈述申辩地点：

陈述申辩时间：年月日时分至时分

执法人员：执法证号：

执法证号：

记录人：执法证号：

陈述申辩内容：（笔录尾页应注明“笔录上述内容已阅，记录与我说的相符。”）

陈述申辩人签名：年月日

执法人员签名：年月日

记录人签名：年月日

第页共页

参考文书样式32

\*\*\*\*医疗保障局

听证通知书

**医保执听通字〔〕第号**

（当事人姓名或者名称）：

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（公开或者不公开）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、。如你（单位）认为主持人或听证员为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，应在听证举行前提交由你（单位）出具的授权委托书、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。

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。

联系人：

联系电话：

联系地址：

\*\*\*\*医疗保障局（印章）

年月日

参考文书样式33

\*\*\*\*医疗保障局

不予受理听证通知书

**医保执听不受字〔〕第号**

（当事人姓名或者名称）：

你（单位）因（案由）一案，提出举行听证要求，本机关经审查认为：。

根据《中华人民共和国行政处罚法》第四十二条规定，决定不予受理。

特此通知。

 \*\*\*\*医疗保障局（印章）

 年月日

参考文书样式34

\*\*\*\*医疗保障局

听证笔录

案由：

听证时间：年月日时分至时分

听证地点：听证方式：

听证申请人：法定代表人或负责人：

性别：工作单位：职务：

身份证或其他有效证件号码：

住址（所）：电话：

委托代理人：性别：电话：

工作单位：职务：

身份证或其他有效证件号码：

其他参加人：

案件调查人：工作单位：

案件调查人：工作单位：

听证主持人：听证员：书记员：

听证笔录（正文）：

听证申请人：年月日

委托代理人：年月日

其他参加人：年月日

案件调查人：年月日

听证主持人：年月日

听证员：年月日

记录人：年月日

第页共页

参考文书样式35

\*\*\*\*医疗保障局

听证报告

案由：

听证时间：年月日时分至时分

听证地点：听证方式：

听证主持人：听证员：书记员：

听证申请人：法定代表人（负责人）：

委托代理人：其他参加人：

案件调查人：工作单位：

案件调查人：工作单位：

案件基本情况：

听证基本情况：

案件调查人主要意见：

当事人理由：

听证意见：

听证主持人：

听证员：

年月日

参考文书样式36

\*\*\*\*医疗保障局

重大案件集体讨论记录

讨论时间：年月日时分至时分

讨论地点：

案由：

主持人：

出席人员：

列席人员：

汇报人：记录人：

汇报案件情况：

1．案情介绍：

2．证据材料：

3．处罚依据：

4．处罚建议：

集体讨论人员的意见和理由：

集体讨论结论性意见：

参加讨论人员签名：

年月日

参考文书样式37

\*\*\*\*医疗保障局

行政处罚决定审批表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 立案案号 |  | 立案时间 |  |
| 案由 |  |
| 案发地 |  |
| 当事人 | 个人 | 姓名 |  | 出生年月 |  |
| 性别 |  | 联系电话 |  |
| 身份证或其他有效证件号码 |  |
| 住址 |  |
| 工作单位 |  |
| 单位 | 名称 |  |
| 法定代表人或负责人 |  | 职务 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 联系电话 |  |
| 住所 |  |
| 具体违法事实 |  |
| 相关证据 |  |
| 履行告知及当事人陈述申辩或者听证简况 |  |
| 处罚依据 |  |
| 执法人员意见 | 签名：年月日 |
| 办案机构意见 | 签名：年月日 |
| 法制机构意见 | 签名：年月日 |
| 案件审核委员会意见 |  |
| 行政机关负责人意见 | 签名：年月日 |
| 备注 |  |

参考文书样式38

\*\*\*\*医疗保障局

行政处罚决定书

**医保执罚决字〔〕第号**

当事人：。年月日，本机关执法人员经发现当事人实施了的行为，其行为涉嫌，于年月日立案调查。

经查明, （表述应完整准确，包括何人、何时、何地、从事何种违法行为，违法行为的具体表现，所采取的手段以及造成的社会后果等作出客观表述）。

上述事实，由以下证据证实：

（逐一列举证明违法事实的证据名称，并指出每一项证据所要证明的事实）。

年月日，本机关依法向当事人送达了（行政处罚告知文书的名称及其文号），告知当事人拟作出行政处罚决定的事实、理由、依据及内容，并告知当事人依法享有的权利。（如有案件查办所经历的其他执法程序，也应写明）。

（写明当事人有无陈述、申辩或申请听证的情况，对当事人的陈述、申辩意见采信与否的理由进行叙述。）。

本机关认为，当事人（简要概括违法行为）的行为，违反了的规定，已构成（违法行为定性）行为。

鉴于当事人（写明自由裁量的情节与理由、危害程度、主观过错），故依据的规定，决定责令当事人，并作出如下行政处罚：

。

上述罚款，当事人应当自收到本处罚决定书之日起15日内，到（账号：）缴纳。逾期不缴纳罚款的，本机关将根据《中华人民共和国行政处罚法》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。

如不服本处罚决定，可以在收到本决定书之日起60日内向申请行政复议；也可以在收到本决定书之日起6个月内直接向人民法院起诉，但本决定不停止执行，法律另有规定的除外。逾期不申请行政复议、不提起行政诉讼又不履行的，本机关将依法申请人民法院强制执行或者依照有关规定强制执行。

 \*\*\*\*医疗保障局（印章）

 年月日

参考文书样式39

\*\*\*\*医疗保障局

不予行政处罚决定书

**医保执不罚决字〔〕第号**

当事人：。

现查明，（全面、客观地阐明案件来源以及违法事实，即何时、何地、何人、采取何种方式或手段、产生何种行为后果等的叙述）。

以上事实有等证据予以证实。一

本机关认为，当事人（具体违法行为）的行为，违反了的规定，已构成行为。

鉴于当事人（不予行政处罚的理由），故依据《中华人民共和国行政处罚法》（第二十五条/第二十六条/第二十七条第二款）的规定，决定不予行政处罚。

对本决定不服的，可以在接到本决定书之日起60日内向申请行政复议；也可以在6个月内向人民法院提起行政诉讼。

 \*\*\*\*医疗保障局（印章）

年月日

参考文书样式40

\*\*\*\*医疗保障局

案件结案报告

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 当事人 | 个人 | 姓名 |  | 出生年月 |  |
| 性别 |  | 联系电话 |  |
| 身份证或其他有效证件号码 |  |
| 住址 |  |
| 工作单位 |  |
| 单位 | 名称 |  |
| 法定代表人或负责人 |  | 职务 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 联系电话 |  |
| 住所 |  |
| 案由 |  | 立案时间 |  |
| 案件来源 |  |
| 行政处理文书文号 |  | 送达时间 |  | 结案日期 |  |
| 案件简要情况 |  |
| 执行方式 | □自动履行□复议结案□诉讼结案□强制执行□（选择执行方式在□打√，采取其他方式的在下划线处说明） |
| 执行结果 |  |
| 执法人员结案意见 | 签名：年月日 |
| 办案机构审核意见 | 签名：年月日 |
| 法制机构审核意见 | 签名：年月日 |
| 行政机关负责人意见 | 签名：年月日 |
| 备注 |  |

参考文书样式41

（行政执法机关名称）

卷内文件目录

| 序号 | 文号 | 题名 | 日期 | 页号 | 备注 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

卷 宗 封 面

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号：**（行政执法机关名称）行政处罚案卷卷宗**案件名称****案发地址****处罚结果****承办人****立案时间****结案时间****保管期限****归档号****本案件名称共卷页**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **全宗号** | **目录号** | **案卷号** |
|  |  |  |

 |

参考文书样式42

\*\*\*\*医疗保障局

送达回证

送达机关盖章：

|  |  |
| --- | --- |
| 送达文书名称 |  |
| 送达文书文号 |  |
| 受送达人 |  |
| 送达时间 | 年月日时分 |
| 送达地点 |  |
| 送达方式 |  |
| 收件人签名或盖章 | （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 |  |

参考文书样式43

\*\*\*\*医疗保障局

呈请审批表

|  |  |
| --- | --- |
| 立案案号 |  |
| 案由 |  |
| 当事人 | 个人 | 姓名 |  | 出生年月 |  |
| 性别 |  | 联系电话 |  |
| 身份证或其他有效证件号码 |  |
| 住址 |  |
| 工作单位 |  |
| 单位 | 名称 |  |
| 法定代表人或负责人 |  | 职务 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 联系电话 |  |
| 住所 |  |
| 简要案情及提请审理依据和理由 |  |
| 执法人员意见 | 签名：年月日 |
| 办案机构意见 | 签名：年月日 |
| 法制机构意见 | 签名：年月日 |
| 行政机关负责人意见 | 签名：年月日 |
| 备注 |  |

参考文书样式44

\*\*\*\*医疗保障局

回避决定书

**医保执避决字〔〕第号**

申请人：

法定代表人（负责人）：联系电话：

被申请人：

工作单位及职务：

申请人于年月日以 （申请理由） 为由，申请办理一案的被申请人进行回避。

经审查，本机关认为 （同意或驳回决定的理由）

 。根据的规定，决定如下：

（同意回避申请或驳回回避申请）。

 \*\*\*\*医疗保障局（印章）

 年 月 日

参考文书样式45

\*\*\*\*医疗保障局

指定管辖决定书

**医保执辖决字〔〕第号**

 （指定管辖部门名称） ：

根据《中华人民共和国行政处罚法》第二十一条和《浙江省行政程序办法》第十一条的规定，特指定你局办理下列案件： 　　　　　 　　　（指定办理案件的名称） 。

指定管辖案件办理要求：

1．于接到本决定书后 　 日内与 （交接部门名称） 办理案件相关材料交接手续；

2．依法、及时办理此案。如行为涉嫌犯罪，按规定移送同级公安机关；

3. 结案后十五日内向我局报告、备案。

\*\*\*\*医疗保障局（印章）

 年 月 日

参考文书样式46

\*\*\*\*医疗保障局

物品处理记录

物品来源：

时 间：年月日时分至时分

地 点：

原 物 主：

执 行 人：

记 录 人：

见 证 人：

处理情况： （笔录尾页应注明“以上记录已看过，情况属实”。）

执行人签名：   年月日

记录人签名：   年月日

见证人签名：   年月日

当事人签名：   年月日

第 页 共 页