

宝丰县医疗保障局检查文书

宝丰县医疗保障局 现场检查通知书

_____:

根据《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等有关规定,按照《2025年宝丰县医保系统开展群众身边不正之风和腐败问题集中整治工作方案》(宝医保〔2025〕7号)要求,宝丰县医疗保障局对你单位进行检查,检查时间暂定为_____年____月____日至____月____日(具体以实际检查情况为准),检查范围和内容主要是你单位的内部管理、医疗保障基金使用情况及医药服务行为等。

请你单位按照检查组要求,明确检查现场负责人,及时提供必要的工作场所和真实、完整、有效的文件、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: _____

检查组成员: _____

特此通知。

宝丰县医疗保障局

年 月 日

被检查机构(公章): _____ 年 月 日

联系人: _____ 联系电话: _____

(本文书一式两份,一份送达被检查人,一份随卷归档。)

宝丰县医疗保障局
现场检查结果确认书

_____:

我单位于____年____月____日对你院 2023 年度医保基金使用情况进行了现场稽核检查,下达了《现场检查结果告知书》,并于____年____月____日进行了现场申诉、复审。经过现场申诉、复审,现将检查结果确认如下:

上述结果已经双方确认盖章。

(检查单位公章)

医疗机构名称(公章):

负责人签名:

年 月 日

年 月 日

(本文书一式三份,一份被检单位留存,一份检查组留存,一份随卷归档)

宝丰县医疗保障局
询问笔录

询问时间：____年____月____日____时____分至____年____月____日____时____分
询问地点：_____
行政执法人员：_____ 执法证号：_____
行政执法人员：_____ 执法证号：_____
记录人：_____

一、被询问人基本情况

被询问人姓名：_____ 工作单位：_____
证件类型：_____ 证件号码：_____
住址：_____ 电话：_____
与本案关系：☐当事人 ☐法定代表 ☐现场负责人
☐受委托人 ☐监护人 ☐其他

二、告知事项

问：我们是宝丰县医疗保障局的执法人员____、____，
执法证号分别是____、____，这是我们的执法证件，
请你确认。现依法向你询问，请如实回答所问问题。如认为执法人员与
案件有直接利害关系或者有其他关系可能影响公正执法的，可以申请回
避，你是否申请回避？

答：☐申请回避 理由：_____
☐不申请回避

三、询问内容

被询问人：_____ 年 月 日
行政执法人员：_____ 年 月 日
记录人：_____ 年 月 日

Blank lined area for text entry.

被询问人：_____ 年__月__日
行政执法人员：_____ 年__月__日
记录人：_____ 年__月__日

宝丰县医疗保障局 现场检查结果告知书

_____:

我单位于____年____月____日对你院 2023 年度医保基金使用情况进行了现场稽核检查。根据有关规定，现将检查结果告知如下：

如对以上内容有异议，应在收到本告知书之日起 5 个工作日内（即年 月 日前）向我单位提出书面申诉及相关佐证材料，未在规定期限内提出的，视为无异议。

（检查单位公章）

医疗机构名称（公章）：

负责人签名：

年 月 日

年 月 日

（本文书一式三份，一份被检单位留存，一份检查组留存，一份随卷归档）