

附件 2

包头市医疗保障领域行政执法文书样式

包头市医疗保障局

2025年7月

(行政执法主体名称)

行政处罚案卷

文号 (行政处罚决定书文号或者不予行政处罚决定书文号)

案 由					
当 事 人 基 本 情 况	□公民	姓 名		性 别	
		住 址		年 龄	
		证件号码		联系电话	
	□法人/ 其 他 组 织	名 称		法定代表人 (负责人)	
		地 址		联系电话	
		统一社会信用代码			
处 罚 内 容					
承 办 机 构			承 办 人		
立 案 日 期	年 月 日	结 案 日 期	年 月 日		
归 档 人			归 档 日 期	年 月 日	
保 管 期 限			归 档 号		卷 内 页

包头市医疗保障局

卷内文件目录

序号	发文文号	文件名称	页号	备注
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

包头市医疗保障局

案件来源登记表

登记号:

登记时间	年 月 日 时 分				
来源分类	<input type="checkbox"/> 监督检查 <input type="checkbox"/> 投诉举报 <input type="checkbox"/> 上级机关交办 <input type="checkbox"/> 司法机关或其他行政机关移送 <input type="checkbox"/> 舆情分析 <input type="checkbox"/> 其他_____				
案源提供者	检查	姓名		所属单位	
	人员	姓名		所属单位	
	移送	名称		联系人	
	交办单位	联系电话		联系地址	
	其他情况				
案源登记内容	登记人签名: _____ 年 月 日				
案源处理意见	执法部门负责人签名: _____ 年 月 日				
备注					

注：可根据不同案件来源后附相关材料清单。

包头市医疗保障局

立案（不予立案）审批表

当事人	单位	名称			
		统一社会 信用代码		法定代表人 (负责人)	
	个人	姓名		身份证号码	
		住所或住址			
		联系电话			
案件来源			案源登记日期	年 月 日	
核查情况 及立案(不 予立案)理 由	<p>案由:</p> <p>主要事实:</p> <p>立案(不予立案)的依据:</p> <p style="text-align: right;">核查人员: _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				
执法部门 负责人 意见	<p><input type="checkbox"/>同意立案, 建议本案由_____、_____承办</p> <p><input type="checkbox"/>同意不予立案</p> <p><input type="checkbox"/>_____</p> <p style="text-align: right;">执法部门负责人: _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				
☆分管负 责人意见	<p style="text-align: right;">分管负责人: _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

包头市医疗保障局

撤销立案审批表

当事人	单位	名称			
		统一社会信用代码		法定代表人 (负责人)	
	个人	姓名		身份证号码	
	住所或住址				
	联系电话				
案件来源			案源登记日期	年 月 日	
核查情况及撤销立案理由	<p style="text-align: center;">案由:</p> <p style="text-align: center;">主要事实:</p> <p style="text-align: center;">撤销立案的依据:</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">核查人员:</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</p>				
执法部门负责人意见	<p><input type="checkbox"/>同意撤销立案</p> <p><input type="checkbox"/>_____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">执法部门负责人:</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</p>				
分管负责人意见	<p style="text-align: right; margin-right: 50px;">分管负责人:</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</p>				

包头市医疗保障局

立案通知书

包医保立通字〔20××〕第 号

_____:

经初步调查，你（单位）_____的行为涉嫌违反了_____的规定，本机关决定对你（单位）立案调查，立案号：_____。调查终结后，本机关将依法作出处理。

依照《行政处罚法》第五十五条的规定，作为本案当事人，你（单位）有义务如实回答本机关的询问，并协助本机关依法开展调查或者检查，不得阻挠。

依照《行政处罚法》第四十五条的规定，作为本案当事人，你（单位）有权进行陈述和申辩。在本机关调查期间，你（单位）可以提出你的事实、理由或者证据。本机关将对你（单位）提出的意见进行复核；你（单位）提出的事实、理由或者证据成立的，本机关将予以采纳。特此通知。

包头市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式3份，一份随卷归档，一份交当事人，一份本机关留存。）

包头市医疗保障局

不予立案告知书

包医保不立告字〔20××〕第 号

_____:

经查，你机关于_____年____月____日向本机关交办/移送的_____

_____一案/案件线索不符合立案条件，具体情形如下：

经查，你于_____年____月____日向本机关投诉/举报的_____

_____一案/案件线索不符合立案条件，具体情形如下：

不属于本机关的管辖范围；

超过行政处罚追诉时效；

案件线索涉及的行为不构成违法；

移送案件已经处理过的；

其他_____。

依据_____规定，本机关决定，不予立案。

特此告知。

包头市医疗保障局

(公章)

年 月 日

(本文书一式三份，一份送达上级交办机关或移送机关或投诉举报人，一份随卷归档，一份本机关留存。)

包头市医疗保障局

撤销立案告知书

包医保撤立告字〔20××〕第 号

_____:

经查，你机关于_____年____月____日向本机关交办/移送的_____一案/案件线索不符合立案条件，具体情形如下：

经查，你于_____年____月____日向本机关投诉/举报的_____一案/案件线索不符合立案条件，具体情形如下：

不属于本机关的管辖范围；

超过行政处罚追诉时效；

案件线索涉及的行为不构成违法；

移送案件已经处理过的；

其他_____。

依据_____规定，本机关决定，撤销立案。

特此告知。

包头市医疗保障局

(公章)

年 月 日

(本文书一式三份，一份送达上级交办机关或移送机关或投诉举报人，一份随卷归档，一份本机关留存。)

包头市医疗保障局

送达地址确认书

包医保送确字〔20××〕第 号

案由		立案号		
受送达人填写送达地址确认书的告知事项	<p>1. 为便于受送达人及时收到法律文书，保证执法程序顺利进行，受送达人应当如实提供确切的送达地址；</p> <p>2. 受送达人可自愿选择是否同意使用电子邮件、传真等电子送达方式。</p> <p>3. 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；</p> <p>4. 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；受送达人未及时告知的，以其确认的地址为送达地址；</p> <p>5. 因受送达人拒不提供送达地址、提供虚假地址或者提供送达地址不准确、送达地址变更未及时告知医疗保障部门、受送达人拒绝签收，导致相关法律文书未能被受送达人实际接收，直接送达的，该文书留在该地址之日为送达之日；邮寄送达的，该文书被退回之日为送达之日。</p>			
受送达人	姓名（名称）			
	送达地址			
	联系电话			
	电子送达	<input type="checkbox"/> 同意	手机号码（接收短信提醒）： 请选择具体的电子送达方式： <input type="checkbox"/> 电子邮件，邮箱地址为： <input type="checkbox"/> 传真，传真号码为：	
		<input type="checkbox"/> 不同意		
受送达人对自己送达地址的确认	我已经知悉上述告知事项，并保证上述送达地址是准确、有效的，并愿意承担相应的法律后果。 受送达人签名、盖章或捺指印： <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>			
执法人员签名	<div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>			
备注				

☆授权委托书

委托人姓名或名称: _____

身份证号码或统一社会信用代码: _____

(委托人为单位)法定代表人(负责人): _____

联系电话: _____住址(住所): _____

被委托人姓名: _____

身份证号码: _____

联系电话: _____住址: _____

委托人因_____一案/一事,现委托_____作为代理人办理如下事项:

- 代理委托人接受调查;
- 代理委托人接受约谈;
- 代理委托人申请回避、进行陈述申辩、申请听证等;
- 代理委托人提交相关材料、签收法律文书等;
- 代理委托人退回医保基金、缴纳罚款等;
- 代理委托人办理的其他相关事宜。
- 其他_____

委托期限:从本文书生效之日起到_____一案/一事终结之日止。

对被委托人在办理上述事项过程中陈述、申辩的内容以及所签署的文件,本人(本单位)均予以认可,并承担相应的法律责任。

委托人(签字):

(单位公章)

年 月 日

包头市医疗保障局

调取证据材料通知书

包医保调通字〔20××〕第 号

_____:

因调查_____一案的需要,根据《行政处罚法》第五十六条和《社会保险法》第七十九条第二款的规定,

□请你(单位)配合将下列证据材料按照通知书下方提供的联系人、联系电话、联系地址寄至我机关:

□现由_____,_____2名人员前来你(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: _____

包头市医疗保障局(公章)

年 月 日

(本文书一式三份,一份送达证据持有人,一份承办机构留存,一份随卷归档。)

包头市医疗保障局

☆协助调查函

包医保协字〔20××〕第 号

_____:

本机关在处理_____一案（立案号：_____）中，因_____，特请贵单位协助调查以下问题：

1. _____
2. _____
3. _____

请贵单位在接到本函起_____个工作日内完成以上调查工作，并在调查终结报告上加盖公章后函告本机关。调查中取得的证据请随调查终结报告一并移交本机关。如移交的证据为复印件，需注明原件保存地点，并加盖贵单位公章。若贵单位无法协助或需延期完成，请在期限届满前函告本机关。望支持为盼！

联系人：_____

联系电话：_____

包头市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达协助调查机关，一份由请求协助的医疗保障行政部门留存，一份随卷归档。）

☆先行登记保存决定书

包医保登处字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称（单位）：_____

当事人住址或住所（单位）：_____

当事人身份证号码或统一社会信用代码（单位）：_____

（当事人为单位）法定代表人（负责人）：_____

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《行政处罚法》第五十六条的规定，本机关决定对你（单位）下列物品（详见《先行登记保存证物清单》）予以先行登记保存。先行登记保存证物自_____年___月___日至年___月___日，由_____负责保管，存放于_____。

在保存期间，未经本机关批准，当事人或者有关人员不得销毁或者转移上述登记保存物品。

附件：先行登记保存证物清单

包头市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式四份，一份交当事人，一份随卷归档，一份随登记保存的证物备查，一份本机关留存。）

包头市医疗保障局

☆先行登记保存证物处理决定书

包医保登存字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称（单位）：_____

当事人身份证号码或统一社会信用代码（单位）：_____

当事人住址或住所（单位）：_____

（单位）法定代表人（负责人）：_____

本机关于____年__月__日向你（单位）送达《先行登记保存决定书》（包医保登处字〔20××〕第 号），对_____等物品进行先行登记保存，存放于_____。

现因_____，决定根据《行政处罚法》第五十六条规定对《先行登记保存决定书》载明的物品（详见《先行登记保存证物清单》）作如下处理：

- 解除先行登记保存 查封 扣押
移送至_____。
其他_____。

如你（单位）不服本决定，可以在收到本决定书之日起六十日内向包头市人民政府申请行政复议；也可以在收到本决定书之日起六个月内直接向包头市 xxx 法院提起行政诉讼。

附件：先行登记保存证物处理清单

处理时间：____年__月__日

处理地点：_____

包头市医疗保障局

（公章）

年 月 日

(本文书一式三份。一份交当事人，一份随卷归档，一份本机关留存。)

包头市医疗保障局

☆先行登记保存证物/处理清单

当事人姓名或名称: _____

现场负责人姓名: _____ 身份证号: _____

代理人姓名: _____ 身份证号: _____

主文书名称及文号: _____

执法人员及执法证编号: _____、_____

见证人姓名: _____ 身份证号: _____

证物清单:

编号	名称	规格	数量	型号	备注
1					
2					
3					
4					
5					
6					

上述物品资料品种、数量经核对无误,请确认: _____

当事人(代理人或现场负责人)(签名): _____ 年__月__日

执法人员(签名): _____、_____ 年__月__日

见证人(签名): _____ 年__月__日

(本文书一式四份,一份交当事人,一份随卷归档,一份随相关证物备查,一份本机关留存。)

包头市医疗保障局

☆查封（扣押）决定书

包医保查（扣）字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称：_____

当事人身份证号码或统一社会信用代码：_____

当事人住址或住所：_____

法定代表人（负责人）：_____

经查，发现你（单位）实施了_____违法行为。以上事实，有等证据为凭。本机关认为，你（单位）涉嫌违反_____的规定，根据_____的规定，现决定对你（单位）的有关场所、设施或物品予以查封（扣押）（详见《查封（扣押）清单》）。查封（扣押）期限为自____年____月____日至____年____月____日。查封（扣押）物品由_____负责保管，存放于_____，联系电话_____。

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）清单所列场所、设施或物品。

你（单位）可对本决定进行陈述和申辩（或申请听证）。

如不服本决定，可以在收到本决定书之日起六十日内向包头市人民政府申请行政复议；也可以在收到本决定书之日起六个月内向包头市 xxx 法院提起行政诉讼。申请行政复议或者提起行政诉讼，不停止本决定的执行。

附：查封（扣押）物品清单

包头市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式四份。一份交当事人，一份随卷归档，一份随查封或扣押的场所、设施或物品备查，一份本机关留存。）

包头市医疗保障局

☆ 延长查封（扣押）决定书

包医保延查（扣）字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称：_____

当事人身份证号码或统一社会信用代码：_____

当事人住址或住所：_____

法定代表人（负责人）：_____

因你（单位）涉嫌_____的违法行为，本机关于_____年____月____日向你（单位）送达《查封（扣押）决定书》（文号_____），对_____进行查封（扣押），存放于_____。

现因_____，根据《行政强制法》第二十五条第一款的规定，本机关依法决定延长查封（扣押）期限，延长期限自_____年____月____日起至_____年____月____日止。

你（单位）可对本决定进行陈述和申辩（或申请听证）。

如不服本决定，可以在收到本决定书之日起六十日内向包头市市人民政府申请行政复议；也可以在收到本决定书之日起六个月内向包头市 xxx 法院提起行政诉讼。申请行政复议或者提起行政诉讼，不停止本决定的执行。

包头市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份交当事人，一份随卷归档，一份由本机关留存。）

包头市医疗保障局

☆解除查封（扣押）决定书

包医保解查（扣）字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称：_____

当事人身份证号码或统一社会信用代码：_____

当事人住址或住所：_____

（单位）法定代表人（负责人）：_____

本机关于____年__月__日向你（单位）送达《查封（扣押）决定书》（文号_____）（以及于____年__月__日，向你（单位）送达《延长查封（扣押）期限决定书》（文号_____）），对_____等物品进行查封（扣押），存放于_____。

现因_____，根据《行政强制法》第二十八条第一款的规定，本机关决定，自____年__月__日起，对_____予以解除查封（扣押）措施。

其中需退还你（单位）的物品，请你（单位）于____年__月__日前凭本决定书及解除查封（扣押）物品清单到_____取回。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

包头市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份交当事人，一份随卷归档，一份由本机关留存。）

包头市医疗保障局

☆（解除）查封（扣押）物品清单

当事人姓名或名称：_____

现场负责人姓名：_____ 身份证号：_____

代理人姓名：_____ 身份证号：_____

执法人员及执法证编号：_____、_____

见证人姓名：_____ 身份证号：_____

主文书名称及编号：_____

（解除）查封（扣押）清单：

编号	名称	规格	数量	型号	备注

上述物品资料品种、数量经核对无误，请确认：_____

当事人（代理人或现场负责人）（签名）：_____ 年__月__日

执法人员（签名）：_____、_____ 年__月__日

见证人（签名）：_____ 年__月__日

（本文书一式四份，一份交当事人，一份随卷归档，一份随查封或扣押的物品资料备查，一份由本机关留存。）

第 页 共 页

包头市医疗保障局

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）：我们是包头市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

包头市医疗保障局

责令改正通知书

包医保责改通字〔20××〕第 号

当事人（姓名或名称）：_____

主体资格证件名称及号码：_____

住所或地址：_____

（单位）法定代表人（主要负责人）：_____

本机关于_____对你（单位）进行了调查，发现你（单位）实施了如下违法行为：_____

以上违法事实，主要证据如下：_____

对当事人陈述、申辩或者听证意见的采纳情况及理由：_____

依据_____的规定，现责令你单位于_____年_____月_____日前改正，并将结果函告我机关。改正内容及要求如下：_____

逾期不改正的，本机关将依据_____的规定，_____

如对本决定不服，可以于收到本决定书之日起六十日内向_____医疗保障局或者_____人民政府申请复议，也可以于六个月内依法向_____人民法院提起行政诉讼。

包头市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份由本机关留存，一份随卷归档。）

包头市医疗保障局

案件处理审批表

申请事项					
案源					
案由					
当事人	个人	姓名		身份证号码	
	单位	名称			
		法定代表人 (负责人)		统一社会信用 代码	
	联系地址			电话	
简要案情、申请理由和拟做出决定内容		调查人员签名： 年 月 日			
承办机构负责人意见		承办机构负责人签名： 年 月 日			
法制机构审核意见		法制机构负责人签名： 年 月 日			
机关负责人审批意见		机关负责人签名： 年 月 日			

包头市医疗保障局

☆中止调查决定书

包医保止调字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称: _____

当事人住址或住所: _____

法定代表人(负责人): _____

因你(单位)所涉_____案件(立案号: _____),
存在下述情况:

本案处理决定的作出须以_____案件的裁判结果为依据, 但该案件尚未审结;

本案处理决定的作出须以_____行政决定为依据, 但该行政决定尚未作出;

涉及_____法律适用等问题, 需要送请_____机关作出解释(或者确认);

因_____不可抗力致使案件暂时无法调查;

因_____下落不明致使案件暂时无法调查;

其他_____。

本机关依据_____规定, 决定中止调查本案。中止调查自____年____月____日起。中止调查的原因消除后, 本机关将立即恢复调查, 届时会再予通知。

特此通知。

包头市医疗保障局
(公章)

年 月 日

(本文书一式三份, 一份送达当事人, 一份本机关留存, 一份随卷存档。)

包头市医疗保障局

☆恢复调查决定书

包医保复调字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称: _____

当事人住址或住所: _____

法定代表人(负责人): _____

本机关于____年__月__日向你(单位)制发《中止调查决定书》(文号_____)，通知你(你单位)，本机关决定对你(单位)所涉_____案件(立案号: _____)中止调查。

现因中止调查的原因_____已消除，本机关决定自____年__月__日起恢复调查。请你(单位)配合后续调查事宜。

特此通知。

包头市医疗保障局

(公章)

年 月 日

(本文书一式三份，一份送达当事人，一份本机关留存，一份随卷存档。)

包头市医疗保障局

调查终结报告

案由： _____ 立案号： _____

调查人员： _____

调查时间：自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

当事人姓名或名称（单位）： _____

当事人身份证号或社会统一信用代码（单位）： _____

当事人住址或住所（单位）： _____

（当事人为单位时）法定代表人（负责人）： _____

案件由来及调查经过： _____

_____。

违法事实： _____

_____。

主要证据及证明事项： _____

_____。

当事人陈述申辩意见： _____

_____。

争议要点： _____

。 从轻、减轻处罚的理由： _____

。 处罚依据及处罚建议： 当事人上述行为违反了/构成了 _____
_____ 的规定/所指的违法行为，依据 _____
_____ 的规定，应当予以 _____
_____ 处罚。

调查人员（签名）：

承办部门负责人签名：

年 月 日

包头市医疗保障局

☆法制审核意见表

案件名称	
送审机构	
送审日期	年 月 日
审核内容	具体意见
执法主体是否合法	
执法人员是否有执法资格	
案件事实是否清楚，证据是否充分确凿	
定性是否准确	
适用依据是否准确	
裁量基准的适用是否恰当	
处理建议是否适当	
程序是否合法	
文书是否规范	
文书是否齐备	
是否有超越本机关职权范围或滥用职权情形	
是否涉嫌犯罪需要移送司法机关	
其他	
审核意见	
法制部门负责人签名：	
年 月 日	

包头市医疗保障局
行政处罚事先告知书

包医保罚告字〔20××〕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(相关法律、法规、规章名称及条款序号) _____
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(裁量理由) _____,
现根据(相关法律、法规、规章名称及条款序号) _____
的规定, 本机关责令你(单
位)改正上述违法行为, 并拟对你(单位)做出如下行政处罚: _____

根据《行政处罚法》第四十五条的规定, 你(单位)有权进行陈述和申辩,
未提出陈述申辩意见的, 视为放弃此权利。

根据《行政处罚法》第六十三条的规定, 对上述拟作出的_____
_____, 你(单位)有要求举行听证的权利。你(单位)如
果要求听证, 可以在收到本告知书之日起5日内向本机关提出举行听证的要求。
逾期未提出听证申请的, 视为放弃听证权利, 本机关将依法作出行政处罚决定。

联系人: _____ 联系电话: _____

包头市医疗保障局

(公章)

年 月 日

(本文书一式三份, 一份归档, 一份送达当事人, 一份由本机关留存。)

包头市医疗保障局

送达回证

送达文书名称	
送达文书文号	
受送达人	
送达地点	
送达方式	
送达日期	年 月 日
收件人签字或盖章 并注明收件日期	(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	

包头市医疗保障局

陈述、申辩笔录

案由： _____

当事人： _____

陈述、申辩人： _____ 身份证号： _____

联系电话： _____ 与当事人关系： _____

住址： _____

陈述、申辩时间： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分至 _____ 时 _____ 分

陈述、申辩地点： _____

案件调查人员 1： _____ 执法证号： _____

案件调查人员 2： _____ 执法证号： _____

记录人： _____ 执法证号： _____

一、案件调查人员向当事人告知

经调查， _____

你（单位）该行为违反了 _____

的规定。为此，我机关依据的规定，拟对你（单位）作出以下行政处罚： _____

陈述、申辩人签名： _____ 年 月 日

案件调查人员签名： _____ 年 月 日

记录人签名： _____ 年 月 日

第 页 共 页

包头市医疗保障局

☆听证通知书

包医保听通字〔20××〕第 号

(当事人姓名或名称) _____:

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/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_____,记录人为_____。根据《行政处罚法》第六十四条的规定,如你(单位)认为主持人、听证员是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,应在举行听证前,提交由你(单位)签名或盖章的授权委托书、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。委托代理人代为放弃行使陈述权、申辩权和质证权的,必须有委托人的明确授权。

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。

3.请参加人员携带身份证件,并提交身份证复印件。

联系人: _____ 联系电话: _____

包头市医疗保障局

(公章)

年 月 日

(本文书一式三份,一份送达当事人,一份本机关留存,一份随卷存档。)

包头市医疗保障局

☆听证公告

包医保听公字〔20××〕第 号

根据《行政处罚法》第六十三条以及（听证申请人）于 年 月 日提交的听证申请，本机关决定于 年 月 日 时，在（听证地点）公开举行（案由）一案的听证，本案利害关系人或其他有关人员有意参加本次听证会的，请携带身份证明文件于 年 月 日至 年 月 日与本机关联系人联系：

联系人： 联系电话：

根据本机关听证场地情况，确定此次听证会参加人数不超过 人。按照受理申请的时间先后确定参加人员，逾期申请或申请时已达规定人数的，不予受理。

特此公告。

包头市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份公开发布，一份本机关留存，一份随卷存档。）

包头市医疗保障局

☆听证笔录

案由：_____立案号：_____

听证时间：_____年_____月_____日_____时_____分至_____时_____分

听证地点：_____

听证主持人：_____

记录人：_____

当事人：_____地址：_____

(单位)法定代表人或负责人：_____

委托代理人：_____地址：_____

案件调查部门：_____

案件调查人员：_____

第三人：_____地址：_____

听证笔录(正文)：_____

案件调查人员签名：_____年 月 日

当事人签名或盖章：_____年 月 日

听证主持人签名：_____年 月 日

记录人签名：_____年 月 日

第 页 共 页

听证意见: _____

听证主持人（签名）：
年 月 日
记录人（签名）：
年 月 日

包头市医疗保障局

案件处理呈报书

包医保呈字〔20××〕第_____号

当事人基本情况	单位		地址			
	法定代表人		职务		邮编	
	个人		年龄		性别	
	所在单位		单位地址			
	家庭住址		联系电话		邮编	
涉嫌违法事实及处罚依据						
当事人的申辩意见						
承办人意见	承办人（签名）：_____ 年 月 日					
部门负责人意见	部门负责人（签名）：_____					
分管领导意见	分管领导负责人（签名）：_____					

包头市医疗保障局
行政处罚决定审批表

当事人基本情况	<input type="checkbox"/> 公民	姓 名		性 别	
		住 址		年 龄	
		证件号码		联系电话	
	<input type="checkbox"/> 法人或其他组织	名 称		法定代表人 (负责人)	
		地 址		联系电话	
		统一社会信用代码			
案 由					
案件事实					
证 据					
法律依据					
裁量标准 (可选)	《××行政处罚裁量标准》		裁 量 档 次	<input type="checkbox"/> 减轻 <input type="checkbox"/> 从轻 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 从重	
陈 述、 申 辩 或 听 证 情 况					
陈述、申辩 或听证意见 复核及 采纳情况					

处罚内容	
承办人意见	<p style="text-align: right;">承办人：签名、签名 _____年____月____日</p>
承办机构 负责人 审核意见	<p style="text-align: right;">负责人：签名 _____年____月____日</p>
法制机构 审核意见 (可 选)	<p style="text-align: right;">负责人：签名 _____年____月____日</p>
行政机关 负责人 审批意见	<p style="text-align: right;">负责人：签名 _____年____月____日</p>
附件	《行政处罚决定书》

包头市医疗保障局

行政处罚决定书

包医保罚决字〔20××〕第 号

当事人（姓名或名称）：_____

主体资格证件名称及号码：_____

住所或地址：_____

（单位）法定代表人（主要负责人）：_____

本机关于_____对你（单位）进行了调查，发现你（单位）实施了如下违法行为：_____

以上违法事实，主要证据如下：_____

对当事人陈述、申辩或者听证意见的采纳情况及理由：_____

（可选）从轻、减轻处罚的理由：_____

□由于你（单位）上述行为违反了_____的
相关规定，现依据_____

_____，_____（罚款的金额，责令退回的医疗保险金的金额）

当事人应于收到本决定书之日起十五日内将罚款缴到：

收款银行：_____户名：_____

账号：_____

将退回的医疗保险金缴到：

收款银行：_____户名：_____

账号：_____

逾期不缴纳罚款的，依据《行政处罚法》第七十二条第一款第（一）项的规

定，每日按罚款数额的百分之三加处罚款，并将依法申请人民法院强制执行。

如对本决定不服，可以于收到本决定书之日起六十日内向包头市市人民政府申请复议，也可以于六个月内依法向包头市 xxx 法院提起行政诉讼。

逾期不申请行政复议，不提起行政诉讼，又不履行本决定的，本机关将依法申请人民法院强制执行。

包头市市医疗保障局

(公章)

年 月 日

(本文书一式三份，一份送达当事人，一份由本机关留存，一份随卷归档。)

包头市医疗保障局
不予行政处罚决定书

包医保不罚字〔20××〕第 号

当事人（姓名或名称）： _____

主体资格证件名称及号码： _____

住所或地址： _____

法定代表人（负责人）： _____

本机关于 _____ 对你（单位）进行了调查，发现你（单位）实施了如下违法行为： _____

以上违法事实，主要证据如下： _____

当事人上述行为违反了 _____ 的相关规定，鉴于 _____

，依据 _____，本机关决定对当事人不予处罚。

如对本决定不服，可以于收到本决定书之日起六十日内向包头市人民政府申请行政复议；也可以在收到本决定书之日起六个月内向包头市 xxx 法院提起行政诉讼。

包头市医疗保障局
(公章)

年 月 日

(本文书一式三份，一份送达当事人，一份由本机关留存，一份随卷归档。)

包头市医疗保障局

☆行政建议书

包医保健字〔20××〕第 号

_____ :

本机关于_____年____月____日对你(单位)进行了现场检查,检查情况如下: _____

_____, 其中, 你(单位)存在_____

_____的问题。针对上述问题,本机关根据_____规定,现对你(单位)提出如下建议: _____

_____, 上述建议请你(单位)依据 XX 管理制度执行。

联系人: _____

联系电话: _____

特此通知。

包头市医疗保障局

(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,一份检查机关留存,一份随卷归档。)

包头市医疗保障局
当场行政处罚决定书

包医保当罚字〔20××〕第 号

当事人（姓名或名称）：_____

主体资格证件名称及号码：_____

住所或住址：_____

（单位）法定代表人（主要负责人）：_____

执法人员：_____ 执法证号：_____

执法人员：_____ 执法证号：_____

经查：你（单位）于____年__月__日__时，在_____（违法地点）
因_____（行为方式）_____的行为，违反了_____（法律依据
名称条款）_____的规定，事实确凿。本机关执法人员当场向你（单位）
告知了违法事实、依据、处罚内容和依法享有的权利，并听取了你（单位）的
陈述和申辩（对此，你（单位）未作陈述和申辩）。

现依据_____（法律依据名称条款）_____，我机关决定对你
（单位）处以下行政处罚：

警告

罚款人民币_____元整（大写）。¥：_____。

罚款按下列方式缴纳：

符合《行政处罚法》第六十八条规定的情形，当场收缴。

自即日起十五日内将罚款交到收款银行：_____，

户名：_____ 账号：_____。

逾期不缴纳罚款的，依据《行政处罚法》第七十二条第一款第（一）项的规
定，每日按罚款数额的百分之三加处罚款，并依法申请人民法院强制执行。

如对本决定不服，可以于收到本决定书之日起六十日内向包头市人民政府申
请行政复议；也可以在收到本决定书之日起六个月内向包头市 xxx 法院提起行政

诉讼。当事人对本决定不服申请复议或者提起行政诉讼的，行政处罚不停止执行。

包头市医疗保障局

(公章)

年 月 日

处罚地点: _____

当事人(签字或盖章): _____ 年 月 日

执法人员签名: _____ 年 月 日

执法人员签名: _____ 年 月 日

(本文书一式三份，一份送达当事人，一份由本机关留存，一份随卷归档。)

包头市医疗保障局

☆案件移送函

包医保移字〔20××〕第 号

_____:

_____一案/违法线索，在调查中发现_____，根据规定，现将该案/违法线索移送你单位处理。

特此移送。案件查处结果请及时函告本机关。

附件：证据材料

1. _____
2. _____
3. _____

联系人：_____

联系电话：_____

包头市医疗保障局

(公章)

年 月 日

(本文书一式三份，一份送达受移送机关，一份随卷归档，一份本机关留存。)

包头市医疗保障局

☆涉嫌犯罪案件移送函

包医保涉移字〔20××〕第 号

_____：
本机关于____年__月__日对_____一案立案调查，在调查中发现_____。根据《行政处罚法》第二十七条、《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》第三条的规定，现移送你机关依法查处。

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，你机关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。

附件：

1. 案卷 ____册____页
2. 涉案物品清单

联系人：_____

联系电话：_____

单位地址：_____

包头市医疗保障局（公章）

年 月 日

（本文书一式五份，一份送达公安机关，一份随卷归档，一份本机关留存。一份抄送同级人民检察院备案，一份抄送政府法制工作部门备案。）

签收回执

包医保涉刑移字〔20xx〕第 号《涉嫌犯罪案件移送函》已于____年__月__日收到。

（公章）

年 月 日

包头市医疗保障局

☆分期（延期）缴纳罚款申请书

_____:

贵单位于____年____月____日向本人（单位）送达了《行政处罚决定书》（包医保罚决字〔20××〕第____号），对本人（单位）作出了罚款_____（大写）元的行政处罚决定，本人（单位）_____，因_____，确实存在经济困难，无法按《行政处罚决定书》

足额缴纳规定数额的罚款，恳请贵单位批准：

延期至____年____月____日缴纳；

分期缴纳罚款。第____期，至____年____月____日止，缴纳罚款_____元（大写）；第____期，至____年____月____日止，缴纳罚款_____元（大写）；第____期，至____年____月____日止，缴纳罚款_____元（大写）。

附：经济困难情况证明材料

申请人：

年 月 日

包头市医疗保障局

☆督促履行义务催告书

包医保催字〔20××〕第 号

_____:

本机关已于____年__月__日向你(单位)作出《行政处罚决定书》(包医保罚决字〔20××〕第 号),对你(单位)作出_____的行政处罚。

你(单位)于____年__月__日收到上述决定书后,未履行_____的决定,在法定期限内未申请行政复议或提起行政诉讼。本机关根据《行政强制法》第五十四条的规定,责令你(单位)在收到本催告书后10日内履行上述《行政处罚决定书》确定的下列义务_____。

无正当理由逾期不履行上述义务的,本机关将依法申请人民法院强制执行。

联系人: _____

联系电话: _____

包头市医疗保障局

(公章)

年 月 日

(本文书一式三份,一份送达当事人,一份随卷归档,一份本机关留存。)

包头市医疗保障局

☆同意分期（延期）缴纳罚款通知书

包医保缴准字〔20××〕第 号

_____:

本机关于_____年__月__日向你(单位)作出《行政处罚决定书》(包医保罚决字〔20××〕第 号),对你(单位)罚款_____元(大写)。你(单位)于_____年__月__日申请 延期/分期 缴纳罚款。现根据《行政处罚法》第六十六条第二款的规定,同意你(单位):

延期缴纳罚款。延长期限至_____年__月__日止。

分期缴纳罚款。第__期,至_____年__月__日止,缴纳罚款_____元(大写);第__期,至_____年__月__日止,缴纳罚款_____元(大写);第__期,至_____年__月__日止,缴纳罚款_____元(大写)。

代收机构以本通知书为据,办理收款手续。

逾期未缴纳罚款的,本机关依据《行政处罚法》第七十二条第一款第(一)项的规定,可每日按照罚款数额的3%加处罚款。加处的罚款由代收机构直接收缴。

包头市医疗保障局

(公章)

年 月 日

(本文书一式四份,一份送达当事人,一份送达罚款收缴机构,一份随卷归档,一份本机关留存。)

包头市医疗保障局

☆不予分期（延期）缴纳罚款通知书

包医保缴不予字〔20××〕第 号

_____:

本机关于____年__月__日向你(单位)作出《行政处罚决定书》(包医保罚决字〔20××〕第 号), 对你(单位)罚款_____元(大写)。你(单位)于____年__月__日申请延期/分期缴纳罚款。

由于_____, 因此, 本机关认为你(单位)的申请不符合《行政处罚法》第六十六条第二款的规定, 不同意你(单位)延期/分期缴纳罚款的申请。

逾期未缴纳罚款的, 本机关依据《行政处罚法》第七十二条第一款第(一)项的规定, 可每日按照罚款数额的3%加处罚款。加处的罚款由代收机构直接收缴。

包头市医疗保障局

(公章)

年 月 日

(本文书一式三份, 一份送达当事人, 一份随卷归档, 一份本机关留存。)

包头市医疗保障局

☆行政处罚强制执行申请书

包医保强执申字〔20××〕第 号

_____人民法院：

本机关对_____一案于_____年__月__日作出了《行政处罚决定书》（包医保罚决字〔20××〕第 号），已于_____年__月__日依法送达当事人。_____（关于行政复议和行政诉讼的情况说明）_____。

本机关于_____年__月__日向当事人送达了《督促履行义务催告书》（包医保催字〔20××〕第 号）进行催告，责令当事人于_____年__月__日前履行本机关依法作出的行政决定，当事人无正当理由逾期仍未履行义务，也未申请行政复议或者提起行政诉讼。_____年__月__日本机关与当事人达成执行协议，但当事人仍未履行。根据《行政强制法》第五十三条、第五十四条的规定，特申请贵院强制执行。

一、当事人基本情况：

□姓名：_____身份证号码：_____

住址：_____联系电话：_____

□名称：_____法定代表人（负责人）：_____

地址：_____联系电话：_____

二、申请机关的情况：

申请机关名称：_____法定代表人：_____

单位地址：_____

联系人：_____联系电话：_____

委托代理人：_____联系电话：_____

三、申请执行的内容：

附:

- 1.《行政处罚决定书》及作出决定的事实、理由和依据;
- 2.当事人意见及行政机关催告情况;
- 3.申请强制执行标的情况;
- 4.医疗保障部门法定代表人身份证明、授权委托书、受托人身份证明等;
- 5.执行协议等其他依法需要提交的材料。

医疗保障部门负责人签名:

包头市医疗保障局

(公章)

年 月 日

(本文书一式三份,一份交人民法院,一份随卷归档,一份本机关留存。)

包头市医疗保障局

结案审批表

当事人名称/ 姓名		法定代表人	
工作单位		职务	
地址或住址			
案由		立案时间	
案件来源			
行政决定 文书文号		送达时间	
案件 简要 情况			
结案方式	<input type="checkbox"/> 自动履行 <input type="checkbox"/> 复议结案 <input type="checkbox"/> 诉讼结案 <input type="checkbox"/> 强制执行 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
结案结果	<input type="checkbox"/> 行政处罚决定执行完毕 <input type="checkbox"/> 案件终止调查 <input type="checkbox"/> 违法事实不能成立 <input type="checkbox"/> 移送司法机关 <input type="checkbox"/> 人民法院裁定终结执行 <input type="checkbox"/> 不予行政处罚 <input type="checkbox"/> 移送其他行政部门、经办机构 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
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		
分管负责人 意见	签名： 年 月 日		

包头市医疗保障局

行政处罚案件结案报告

当事人基本情况	<input type="checkbox"/> 公民	姓 名		性 别	
		住 址		年 龄	
		证件号码		联系电话	
	<input type="checkbox"/> 法人或其他组织	名 称		法定代表人 (负责人)	
		地 址		联系电话	
		统一社会信用代码			
案 由				立案日期	年 月
案件来源					
案发时间	_____年_____月_____日_____时_____分至_____年_____月_____日_____时				
案件简要情况					
行政处罚内容					
执行方式	<input type="checkbox"/> 自动履行 <input type="checkbox"/> 复议结案 <input type="checkbox"/> 诉讼结案 <input type="checkbox"/> 强制执行				
执行结果					
备 注					

包头市医疗保障局
卷内备考表

本卷情况说明

案由:

案件承办人:

本案自 年 月 日起立案,于 年 月 日下达行政处罚决定书,当事人于 年 月 日自觉履行行政处罚决定,交纳罚款。

本卷宗归档材料完整,案卷事实清楚、证据充分,内容准确,无缺损漏页,建议永久保存。

立卷人 _____

检查人 _____

立卷时间 _____

包头市医疗保障局

行政检查案卷

编号

检查事项:

检查部门:

检查时间:

被检查人:

保管期限:

包头市医疗保障局

行政检查审批表

案件来源	<input type="checkbox"/> 举报投诉 <input type="checkbox"/> 上级交办 <input type="checkbox"/> 其他机关移送 <input type="checkbox"/> 日常监督检查 <input type="checkbox"/> 其他				
检查对象	个人	姓名		身份证号码	
	单位	名称		法定代表人	
		统一社会信用代码			
	住址/住所			联系电话	
检查时间					
检查内容					
检查依据					
承办机构意见	承办机构负责人签名: _____ 年 月 日				
分管负责人意见	机关负责人签名: _____ 年 月 日				

包头市医疗保障局

现场检查通知书

包医保检通字〔20xx〕第 x 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。

包头市医疗保障局 (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。)

包头市医疗保障局

回避申请决定书

包医保回决字〔20xx〕第 x 号

申请人：_____ 统一社会信用代码：_____

联系人：_____ 联系电话：_____

被申请人：_____ 行政执法证号：_____

申请人于____年____月____日以_____为由，申请（被申请人）回避实施（《行政检查通知书》编号）行政检查。

经审查，符合_____规定的回避情形，同意申请人的回避申请，并将行政执法人员更换为_____，行政执法证号_____。

经审查，不符合_____规定的回避情形，驳回申请人的回避申请。
如对本决定不服，可以依法申请救济。

包头市医疗保障局

（公章）

年 月 日

受送达人：签名或者盖章 年 月 日

送达方式和地址：_____

（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。）

包头市医疗保障局

抽样（采样）通知书

包医保抽（采）通字〔20xx〕第 x 号

（被检查人名称、统一社会信用代码）：

根据（法律依据名称），现决定对你单位的_____等进行抽样（采样）。（附抽样（采样）物品清单）

行政执法人员：_____行政执法证号：_____

行政执法人员：_____行政执法证号：_____

包头市医疗保障局

（公章）

年 月 日

受送达人：签名或者盖章 年 月 日

送达方式和地址：_____

（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。）

包头市医疗保障局

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

第 页 共 页

包头市医疗保障局

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>			