

附件 5

医疗保障信用修复申请表

失信主体 基本情况	名称	(填写法人单位名称或自然人名称)
	统一社会信用代码	(自然人填写身份证号)
	联系方式	
申请修复 的失信信息 内容	失信信息内容描述	xxxx 年 xx 月 xx 日, 因****行为被处以 ***罚款或者解除协议等 (可提供页面打印件或复印件)
申请信用修 复的理由	符合《江西省医疗保障信用 管理办法(试行)》规定	第三十条规定: 符合 ☐ 不符合 ☐
本单位(本人)声明, 提交的材料真实有效。 法定代表人(自然人)签字: (盖章) 申请日期:		