

附件 7

医疗保障信用修复确认通知书

编号:

申请修复的失信主体	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)		
	法定代表人		联系方式	
	失信信息内容			
医疗保障部门意见	修复条件认定情况	经核实，不良信息主体已履行法定责任和义务，社会不良影响基本消除。至申请日，不良信息已披露 x 个月， 期间未产生新的记入信用档案的同类不良信息。		
修复处理意见	经办人： 单位（盖章） 年 月 日			