附件5

定点医药机构相关人员医保支付资格

恢复申请书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 相关人员 | 姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 医保代码 |  | 联系电话 |  |
| 违规行为 | 认定违规行为文书号 |  | 暂停/终止结算时间 |  |
| 本人声明，已达到暂停/终止医保结算时长，期间无医保结算行为，现申请恢复医保支付资格。  签字：  申请日期： | | | | |
|
|
|
|
|
| 定点医药机构意见：  公章：  日期： | | | | |
|
|
| 医疗保障经办机构意见：    公章：  日期： | | | | |

本申请书医疗保障经办机构留存一份，相关人员及所属机构各执一份。