

ZZCR-2022-33008

株洲市医疗保障局文件

株医保发〔2022〕26号

株洲市医疗保障局 关于印发《株洲市医疗保障信用管理 实施细则（试行）》的通知

各县市区医疗保障局，局机关各科室、局属各单位：

现将《株洲市医疗保障信用管理实施细则（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。



株洲市医疗保障信用管理实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 为加强医疗保障信用信息管理，加快推进医疗保障领域信用体系建设，根据《湖南省社会信用条例》《湖南省医疗保障信用管理暂行办法》（湘医保发〔2021〕65号），结合我市医疗保障工作实际，制订本实施细则。

第二条 本实施细则适用于本市行政区域内医疗保障信用主体（以下简称“信用主体”）的医疗保障信用信息采集、信用评价、结果应用和异议处理等。

第三条 本实施细则所称信用主体为：基本医疗保险定点医疗机构、基本医疗保险定点零售药店、基本医疗保险参保人员。其他参与医疗保障活动的机构和个人，依照执行。

第四条 信用主体应当自觉遵守国家有关法律、法规、规章、规范性文件等规定和服务协议约定，加强诚信自律，规范医疗保障相关行为；应当积极配合医疗保障部门开展信用管理工作。

第五条 本实施细则坚持合法、公正、公开、动态调整、保护权益、共建共享的原则，不得损害国家和社会公共利益，不得损害信用主体正当权益，不得泄露国家秘密、商业秘密和

个人隐私。

第六条 本市各医疗保障行政部门负责本行政区域内的医疗保障信用管理工作，负责医疗保障信用管理相关信息的采集、录入、审核和依法依规实施信用评价、结果运用等工作。

第七条 医疗保障部门要加强与发展改革、公安、民政、司法、人力资源社会保障、卫生健康、市场监管、税务等部门的联系，建立信用信息共建共享机制，推动医疗保障信用与其他社会信用联动管理。

第二章 信用信息采集

第八条 本市各医疗保障行政部门应及时采集各类信用主体的信用信息，并建立各类信用主体医疗保障信用档案，机构类信用档案以统一社会信用代码为标识，个人类信用档案以身份证号码等有效个人证件作为标识。医疗保障信用档案由信用主体的基础信息、守信信息、失信信息、信用异议和修复信息构成。

第九条 基础信息是指可用于识别信用主体基本特征的信息。定点医药机构的基础信息包括单位性质、名称、法定代表人和统一社会信用代码等；参保人员的基础信息包括姓名、居民身份证号码、出入境证件号码、执业注册信息等。

第十条 守信信息是指严格遵守《医疗保障基金使用监督

管理条例》，受到县级以上人民政府及其部门、法律法规授权具有管理公共事务职能的组织按规定程序认定的与诚信相关的表彰、奖励等信息；信用主体主动守信承诺信息；信用主体在医保日常活动中的履约信息；法律、法规、规章等规定应当记入信用档案的其他守信信息。

第十一条 一般失信信息是指信用主体违反《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十六条、第三十八条、第三十九条、第四十一条第一款、第四十六条规定情形或者其他违法违规行产生的信息，有效期1年。

第十二条 严重失信信息是指信用主体因《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十七条、第四十条、第四十一条第二款规定情形或者其他严重违法违规行为产生的信息，有效期3年。

第十三条 医疗保障信用信息采集途径包括：

- （一）信用主体按照医保信用体系建设的要求提供；
- （二）医疗保障部门通过智能审核、智能监控、日常监管、专项行动等方式认定的违法违规信息和行政处罚信息；
- （三）医疗保障部门从公共信用信息平台、国家企业信用信息公示系统等平台数据共享；
- （四）其他符合规定的采集途径。

第十四条 信用主体应当积极配合医疗保障行政部门开展

信用信息采集工作，并对提供信息的真实性、完整性、准确性负责，不得隐匿、虚构、篡改。

第三章 信用信息评价与公开

第十四条 信用主体的医疗保障信用评价实行综合评分制，医疗保障部门依据失信行为的性质、情节及涉及金额等因素按标准进行赋分。信用评价结果由医疗保障行政机关统一发布，同时提供实时查询服务，接受社会监督。

第十五条 信用主体的信用等级分为四个等级，从高到低依次为 A 级、B 级、C 级、D 级，A 级表示信用好，B 级表示守信，C 级表示一般失信，D 级表示严重失信。

A 级、B 级、C 级、D 级分别用对应的颜色红、蓝、黄、黑等 4 色表示。信用等级为 A 级、D 级的分别纳入红、黑名单管理。

第十六条 信用主体的初始医保信用基准为 80 分，加分项 20 分。存在失信行为的，按情节轻重相应扣分。信用主体评分在 90 分（含）以上且没有失信行为的为信用好（红名单），评分在 80 分（含）至 89 分且未出现失信行为的为守信（蓝名单），评分在 60 分至 79 分的的为一般失信（黄名单），评分在 60 以下的为严重失信（黑名单）。

第十七条 每个自然年度对信用主体进行一次信用评价，

评价结果自公布之日起至下一次评价结果前有效，评价结果公布前应告知信用主体，听取其意见。原评价分值作为历史数据保存为信用主体信用档案。

第十八条 对于违法违规的信用主体，需要上传行政处理处罚、法院判决书等佐证材料。

第十九条 市医疗保障局根据医疗保障行政部门采集的信用信息对信用主体进行信用评价，建立医疗保障信用管理正面清单、负面清单。

市医疗保障局将受到县级以上党委政府、市级及以上医疗保障部门表彰、奖励；在本行业内具有示范带动作用，对医疗保障诚信建设有积极推动作用的信用主体以及信用良好的机构和个体名单列入正面清单。市医疗保障局将年度内有严重失信信息的机构和个体名单列入负面清单。

第二十条 正面清单、负面清单由市医疗保障局通过医保部门官网、“信用株洲”、湖南省医疗保障信息平台等向社会公开披露。任何单位和个人均可按照信用信息查询的有关规定，通过上述门户网站查询相关信用信息。

第二十一条 正面清单、负面清单披露期限为一年，披露期限届满，从网站上撤除，转入后台数据库。

第二十二条 定点医药机构有下列情形之一的，且拒不改正的，按情节轻重每项每次相应扣 1-4 分：

（一）未建立医疗保障基金使用内部管理制度，或者没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作；

（二）未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料；

（三）未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据；

（四）未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息；

（五）未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息；

（六）除急诊、抢救等特殊情形外，未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务；

（七）拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。

第二十三条 定点医药机构有下列情形之一的，按情节轻重每项每次相应扣 2-8 分：

（一）分解住院、挂床住院；

（二）违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务；

（三）重复收费、超标准收费、分解项目收费；

（四）串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；

（五）为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；

(六) 将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算;

(七) 造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

第二十四条 定点医药机构有下列情形之一的,按情节轻重每项每次相应扣 10-40 分:

(一) 诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药、提供虚假证明材料,或者串通他人虚开费用单据;

(二) 伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料;

(三) 虚构医药服务项目;

(四) 其他骗取医疗保障基金支出的行为。

(五) 定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的,实施了《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条行为之一,造成医疗保障基金损失的。

第二十五条 定点医药机构有下列情形之一的,不参与信用评价:

(一) 主动解除服务协议;

(二) 未达到续签服务协议条件被解除服务协议的;

(三) 评价年度内无医疗保障基金支出的。

第二十六条 参保人员有下列情形之一的,按情节轻重每项每次相应扣 1-4 分:

（一）将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用，造成医疗保障基金损失。

（二）重复享受医疗保障待遇，造成医疗保障基金损失。

（三）利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品，造成医保基金损失。

（四）利用享受医疗保障待遇的机会接受返还现金、实物或者其他非法利益，造成医保基金损失。

（五）其他造成基金损失的行为，被医保部门查实。

第二十七条 参保人员有下列情形之一的，按情节轻重每项每次相应扣 10-20 分：

（一）以骗取医疗保障基金为目的，将本人的医疗保障凭证交由他人使用、重复享受医疗保障待遇、利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品或接受返还现金等非法获利行为，造成医疗保障基金损失。

（二）使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药，骗取医疗保障基金支出的。

（三）通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，骗取医疗保障基金支出的。

（四）通过虚构医药服务项目，骗取医疗保障基金支出的。

（五）以骗取医疗保障基金为目的的其他行为，被医保部

门查实的情况。

第四章 信用异议与信用修复

第二十八条 信用主体认为其医疗保障信用信息在采集、评价、应用、披露过程中存在错误、遗漏，或者其他侵犯其合法权益的，可以向作出决定的医疗保障行政部门提出异议申请，说明理由并提供相关证明材料。

第二十九条 医疗保障行政部门自收到异议申请及证明材料之日起，在3个工作日内进行核查并处理；需要其他单位协助核查信息的，应当自收到异议申请之日起5个工作日内进行核查并处理，并将核查结果通知异议申请人。异议申请处理期间，应当对异议信息进行标注。

第三十条 信用修复是指失信的信用主体主动纠正失信行为，消除不良社会影响，符合规定条件，按照规定程序，依申请获准停止失信记录公示和重塑信用的行为。

第三十一条 信用主体在失信信息公示期限内同时符合下列条件的，可以向作出信用评价的医疗保障行政部门提出信用修复申请：

- （一）信用主体的失信信息被相关部门公布满6个月的；
- （二）失信的信用主体已对失信行为进行纠正，按照法律、法规、规章等有关规定履行完毕法定责任或者约定义务，失信

行为的不良影响已基本消除；

(三) 失信的信用主体在公开期间无新增不良信用记录；
法律、法规、规章等另有规定的从其规定。

第三十二条 信用主体向做出信用评价的医疗保障行政部门提出信用修复申请应当提交下列材料：

(一) 信用修复申请表；
(二) 违法违规行为纠正、整改情况的相关证明材料。

第三十三条 作出失信认定的医疗保障部门应当在受理信用主体信用修复申请后 10 个工作日内作出处理意见，情况复杂的可以延长至 30 个工作日。对于符合信用修复条件的予以修复，并在官方网站进行公示，公示期限为 5 个工作日。不符合信用修复条件的不予修复，并书面告知。公示期满无异议的，按程序修复信用，书面告知信用主体。

信用修复生效的，撤销对信用主体失信记录的公示，但不撤销失信记录。

第五章 信用评价结果应用

第三十四条 本市各级医疗保障部门按照守信激励、失信惩戒的原则，根据信用评价结果，对各类信用主体实行分类管理，综合运用于协议管理、检查稽核、支付方式等方面管理工作。

第三十五条 对定点医药机构的奖惩应用:

(一) 对信用好的, 医疗保障部门可采取减免日常检查、减免考核管理、全额返还医疗保障保证金、提高医疗保障基金预拨付额度, 优先签订服务协议等措施。

(二) 对守信的, 实行常态化监督检查, 根据年度考核情况返还医疗保障保证金。

(三) 对一般失信的, 约谈机构法定代表人(或主要负责人), 增加检查频次, 在年度考核基础上, 扣付年度医疗保障保证金 5%。

(四) 对严重失信的, 列入重点关注对象, 全面监控其医保服务行为, 增加检查频次, 在年度考核基础上, 扣付年度医疗保障保证金 10%。约谈法定代表人及相关负责人, 提出书面警告, 督促限期整改完成后方可续签服务协议。

(五) 法律、行政法规和国家规定的其他奖惩措施。

第三十六条 对参保人员的奖惩应用:

(一) 对信用好的, 享受医保容缺受理; 根据医药机构资源在定点医药机构享受信用就医、绿色通道、住院优先、专家加号、增值服务等。

(二) 对守信的, 实施正常管理, 适时进行医疗保险政策和管理规定的宣传辅导。

(三) 对一般失信的, 依法从严管理, 增加审核频次, 可进行口头告诫、信函告诫、约谈等; 在医保信息系统中标

识，对其就诊信息合规性、合理性进行重点审查，并列为重点监管对象。

（四）对严重失信的，违反《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条相关规定，暂停医疗费用联网结算 3-12 个月，其失信信息推送至公共信用工作机构。

（五）法律、行政法规和国家规定的其他奖惩措施。

第三十七条 机构类信息主体出现危害人身安全、造成医疗保障基金重大损失或者其他严重不良社会影响，或者连续 3 年被列入医疗保障信用管理负面清单的，医疗保障部门还可依法依规采取以下惩戒措施：

（一）通过信用株洲、医疗保障部门官方网站向社会公开失信信息，有效期为 3 年；

（二）由医疗保障经办机构解除服务协议；

（三）在医疗保障工作中列为重点审查对象，在行政管理中限制享受行政便利措施；

（四）依法禁止其法定代表人或主要负责人、投资人等 5 年内从事定点医药机构管理活动，且列入失信“黑名单”；

（五）法律、法规和国家规定的其他惩戒措施。

第六章 附 则

第三十八条 在医疗保障信用信息归集、采集、公开、共

享、查询和应用等过程中，损害信用主体合法权益的，应当依法承担民事责任；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第三十九条 本细则涉及国家、省、市社会信用管理有关规定的，从其规定。

第四十条 本实施细则自印发之日起施行，有效期 2 年。

- 附件：
1. 定点医药机构信用评价标准
 2. 参保人员信用评价标准
 3. 株洲市医疗保障信用异议处理申请表
 4. 株洲市医疗保障信用修复申请表

附件 1

株洲市定点医药机构信用评价标准

一级指标	分值(分)	二级指标	三级指标	指标内容	评价方式	赋分标准	备注
行政监督 行政监督	30	一般违法行为	管理制度组织问题	未建立医疗保障基金使用内部管理制度, 或者没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实, 按情节轻重每次扣 1-2 分	
			资料管理问题	未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实, 按情节轻重每次扣 1-2 分	
			数据上传问题	未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实, 按情节轻重每次扣 1-2 分	
			违反报告规定问题	未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息	专项行动、 日常监管、 举报投诉	经查实, 按情节轻重每次扣 1-2 分	
			社会公开问题	未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实, 按情节轻重每次扣 1-2 分	
			知情同意问题	除急诊、抢救等特殊情形外, 未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实, 按情节轻重每次扣 1-2 分	

一级指标	分值(分)	二级指标	三级指标	指标内容	评价方式	赋分标准	备注
行政监督 行政监督	30	一般 违法 行为	配合检查问题	拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实, 按情节轻重每次扣 1-2 分	
			住院指征问题	分解住院, 挂床住院	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实, 按情节轻重每次扣 2-8 分	
			过度医疗	违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实, 按情节轻重每次扣 2-8 分	
			违反医疗服务价格政策	重复收费、超标准收费、分解项目收费	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实, 按情节轻重每次扣 2-8 分	
			串换项目	串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实, 按情节轻重每次扣 2-8 分	
			协助转卖药品不当得利	为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品, 接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实, 按情节轻重每次扣 2-8 分	
			违规结算问题	将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实, 按情节轻重每次扣 2-8 分	
			其它违规问题	造成医疗保障基金损失的其他违法行为	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实, 按情节轻重每次扣 2-8 分	

一级指标	分值(分)	二级指标	三级指标	指标内容	评价方式	赋分标准	备注
行政监督	40	欺诈骗保行为	协助骗保问题	诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药,提供虚假证明材料,或者串通他人虚开费用单据	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实,按情节轻重每次扣 10-40 分	
			恶意骗保问题	伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料;虚构医药服务项目	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实,按情节轻重每次扣 10-40 分	
			其他骗保问题	1、定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的,实施了医疗保障基金使用监督管理条例第三十八条行为之一,造成医疗保障基金损失的; 2、其他骗取医疗保障基金支出的行为	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实,按情节轻重每次扣 10-40 分	
管理引导	20	正面激励	表彰奖励	医药机构在医疗保障领域受到县级以上人民政府或行政部门表彰奖励。	相关部门	1.县级行政部门加 1 分; 2.县级人民政府或市级行政部门加 5 分; 3.市级人民政府或省级行政部门加 10 分; 4.省级人民政府或国家级行政部门加 15 分; 5.国务院加 20 分。	

一级指标	分值(分)	二级指标	三级指标	指标内容	评价方式	赋分标准	备注
管理引导	20	社会服务	志愿服务	参与维护医疗保障基金安全志愿服务、社会监督等工作。	相关部门	参与志愿服务、社会监督一项加3分。	
			建言献策	对医保政策或者基金监管方面提出意见建议。	相关部门	被医保部门采纳的每条加3分。	
公共信息	10	公共信息	公共信用评价	纪检、司法、卫健、市场监管等部门的公共失信信息交互。	信息交互	每次扣2分。	
备注：扣分项，扣完为止；加分项，加满为止。							

附件 2

株洲市参保人员信用评价标准

一级指标	分值(分)	二级指标	三级指标	指标内容	评价方式	赋分标准	备注
行政监督	30	一般违法行为	转借医保卡	将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用,造成医疗保障基金损失。	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实,按情节轻重每次扣 1-4 分	
			重复享受医保待遇	重复享受医疗保障待遇,造成医疗保障基金损失。	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实,按情节轻重每次扣 1-4 分	
			转卖套现	利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品,造成医保基金损失。	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实,按情节轻重每次扣 1-4 分	
			接受返现金实物	利用享受医疗保障待遇的机会接受返还现金、实物或者其他非法利益,造成医保基金损失。	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实,按情节轻重每次扣 1-4 分	
			其他造成基金损失的行为	其他造成基金损失的行为,被医保部门查实。	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实,按情节轻重每次扣 1-4 分	
行政监督	40	欺诈骗保行为	转借医保卡	以骗取医疗保障基金为目的,将本人的医疗保障凭证交由他人使用造成医疗保障基金损失。	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实,按情节轻重每次扣 10-20 分	

一级指标	分值(分)	二级指标	三级指标	指标内容	评价方式	赋分标准	备注
行政监督	40	欺诈骗保行为	重复享受医保待遇	以骗取医疗保障基金为目的,重复享受医疗保障待遇,造成医疗保障基金损失	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实,按情节轻重每次扣 10-20 分	
			转卖套现	以骗取医疗保障基金为目的,利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品,造成医疗保障基金损失。	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实,按情节轻重每次扣 10-20 分	
			接受返现金、实物	以骗取医疗保障基金为目的,利用享受医疗保障待遇的机会接受返还现金、实物或者其他非法利益,造成医疗保障基金损失。	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实,按情节轻重每次扣 10-20 分	
			冒名就医、购药	使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药,骗取医疗保障基金支出的。	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实,按情节轻重每次扣 10-20 分	
			伪造凭证	通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料,骗取医疗保障基金支出的	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实,按情节轻重每次扣 10-20 分	

一级指标	分值(分)	二级指标	三级指标	指标内容	评价方式	赋分标准	备注
行政监督	40	欺诈骗保行为	虚构服务	通过虚构医药服务项目, 骗取医疗保障基金支出的。	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实, 按情节轻重每次扣 10-20 分	
			其他欺诈骗保行为	以骗取医疗保障基金为目的的其他行为, 被医保部门查实的情况。	专项行动 日常监管 举报投诉	经查实, 按情节轻重每次扣 10-20 分	
管理引导	20	正面激励	表彰奖励	参保人在医疗保障领域受到县级以上人民政府或行政部门表彰奖励。	相关部门	1.县级行政部门加 1 分; 2.县级人民政府或市级行政部门加 5 分; 3.市级人民政府或省级行政部门加 10 分; 4.省级人民政府或国家级行政部门加 15 分; 5.国务院加 20 分。	
		社会服务	志愿服务	参与维护医疗保障基金安全志愿服务、社会监督等工作。	相关部门	参与志愿服务、社会监督一项加 3 分。	
			监督举报	参与医保打击欺诈骗保举报奖励工作。	相关部门	经查实的举报线索每条加 3 分。	
			建言献策	对医保政策或者基金监管方面提出意见建议。	相关部门	被医保部门采纳的每条加 3 分。	
公共信息	10	公共信息	公共信用评价	纪检、司法、卫健、市场监管等部门的公共失信信息交互。	信息交互	每次扣 2 分。	
备注: 扣分项, 扣完为止; 加分项, 加满为止。							

附件 3

株洲市医疗保障信用异议处理申请表

申请单位:	
联系人:	联系方式:
异议类型: ☐ 需求修复 ☐ 故障受理 ☐ 软件优化 ☐ 信用档案 ☐ 评价结果 ☐ 其他	
申请理由 (可见附页):	
医保部门 (股/科) 意见:	
医保部门分管领导 (局) 意见:	
信用异议处理结果:	
医疗保障局 (盖章)	
年 月 日	

附件 4

株洲市医疗保障信用修复申请表

失信主体基本情况	单位名称（盖章）	
	统一社会信用代码（身份证号）	
	法人代表	
	联系方式	
申请修复失信信息内容	年 月 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）	
申请信用修复理由	政策法规	
医保部门（股/科）意见		
医保部门分管领导（局）意见		
修复处理结果	予以修复 ☐ 不予修复 ☐ 医疗保障局（盖章） 年 月 日	

(此件主动公开)

株洲市医疗保障局办公室

2022年12月30日印发
