**现场稽核审批卡**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 申请时间 |  |
| 申请科室 |  | | |
| 申请项目 |  | | |
| 稽核对象 |  | | |
| 主管副职  意见 |  | | |
| 科室意见 |  | | |

现场稽核通知书

：

根据 进行现场稽核，兹指派下列人员于 于 年 月 日，对你（单位）进行检查，检查内容主要是 ，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。

稽核人员姓名及其执法证号：

稽核人员姓名及其执法证号：

联系人： 联系电话：

特此通知。

清河县医疗保险基金管理中心（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。）

现场稽核记录表

|  |
| --- |
| 被稽核对象名称： 医保编号：  被稽核对象法人： 联系方式：  地 址： |
| 重要事项内容摘要： |
| 附件主要内容及张数： |
| 被稽核对象意见：  被稽核对象相关人员签名 ： 年 月 日 |

编制人员签名： 年 月 日 复核人员签名： 年 月 日

注：1.被稽核对象相关人员签署意见时，应认定检查工作记录摘录的事项是

否真实，如属实，答“情况属实”；如不实，答“情况不实”，并附书面说明；

1. 工作记录应一事一记，纸张不够可续页。

# 稽核违约事先告知书

**医药机构名称：**

你（单位）因存在 的问题，依据《河北省医疗保障定点零售药店服务协议》第三十九条等文件规定，拟给予如下处理：

如有异议，请在 年 月 日 时 分前向我局提出并进行陈述和申辩，逾期视作放弃陈述和申辩。

联系人： 联系电话：

地址：

# 清河县医疗保险基金管理中心

年 月 日

**稽核送达回证**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受送达人 |  | | |
| 送达地点 |  | | |
| 送达文件名称 |  | | |
| 受送达人签名 （盖章） | 年 月 日 | 代收人签字  （盖章） | 年 月 日 |
| 送达方式 | 直接送达 | | |
| 拒收理由 |  | | |
| 送达人 | 签名（盖章） | 执法证编号 | |
|  |  | |
|  |  | |
| 备注 |  | | |

注：受送达人拒绝签收的，送达人应依法留置送达

# 稽核违约处理决定书

**医药机构名称：**

你（单位）因存在 问题，依据《河北省医疗保障定点零售药店服务协议》第三十九条等文件规定，给予如下处理：

清河县医疗保险基金管理中心

年 月 日

**稽核送达回证**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受送达人 |  | | |
| 送达地点 |  | | |
| 送达文件 名称及文号 |  | | |
| 受送达人签名 （盖章） | 年 月 日 | 代收人签字  （盖章） | 年 月 日 |
| 送达方式 | 直接送达 | | |
| 拒收理由 |  | | |
| 送达人 | 签名（盖章） | 执法证编号 | |
|  |  | |
|  |  | |
| 备注 |  | | |

注：受送达人拒绝签收的，送达人应依法留置送达

**业务审批卡**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 申请时间 |  |
| 申请科室 |  | | |
| 稽核项目 |  | | |
| 稽核内容 |  | | |
| 科室意见 |  | | |
| 主管领导意见 |  | | |

清河县医疗保险基金管理中心

关于\*\*\*\*\*\*\*医疗保障协议的通报

根据河北省医疗保障局关于印发《河北省零售药店医疗保障定点管理办法》、《河北省医疗保障定点零售药店服务协议》的通知要求，组织人员对定点医药机构\*\*进行了现场稽核，经核查符合相关要求，现予以\*\*处理。

清河县医疗保险基金管理中心

年 月 日