附件6

**异议信息处理结果反馈单**

|  |  |
| --- | --- |
| **申请单位（人）** |  |
| **异议信息申请内容** |  |
|
| **异议信息处理结果** | XX医疗保障局       年  月    日  （盖章）     |
|
| **备注** |  |