

附件 2

医疗保障行政处罚执法文书参考样式

目 录

立案阶段

1. 案件来源登记表.....	1
2. 投诉举报记录.....	2
3. (不予)立案审批表.....	3

调查取证阶段

4. 询问通知书.....	4
5. 法定代表人(负责人)身份证明书.....	9
6. 授权委托书.....	10
7. 询问笔录.....	11
8. 调取证据材料通知书.....	13
9. 现场检查(勘验)笔录.....	14
10. 现场勘验图.....	16
11. 现场检查(勘验)影像资料.....	17
12. 抽样取证通知书.....	18
13. xx 取证清单.....	19
14. 抽样取证物品处理通知书.....	20
15. 先行登记保存证据审批表.....	21
16. 先行登记保存证据决定书.....	22
17. 查封(扣押)决定书.....	23
(行政机关名称).....	24
18. 延长查封(扣押)期限决定书.....	24
19. 解除查封(扣押)决定书.....	25
20. 委托鉴定书.....	26

21.鉴定结论告知书	27
22.调查情况记录表	28
23. 证据清单	29
24. 责令（限期）改正通知书	30
25. 责令停止违法行为通知书	31
26.整改复查意见书	32
27.中止调查通知书	33
28.恢复调查通知书	34
29.案件调查终结报告	35

处罚告知（听证）阶段

30.法制核审意见表	36
31.行政处罚告知审批表	37
32. 行政处罚事先告知书	39
33.陈述（申辩）书	40
34.陈述（申辩）笔录	41
35.当事人陈述、申辩复核意见书	42
36.行政处罚听证告知书	43
37.行政处罚听证申请书	44
38.行政处罚听证通知书	45
39.不予受理听证通知书	46
40.回避申请书	47
41.回避决定书	48

42.听证笔录	49
43.听证中止通知书	50
44.延期听证通知书	51
45.恢复听证通知书	52
46.听 证 报 告	53
47.案件集体讨论记录	54

处罚决定阶段

48.行政处罚决定审批表	56
49.行政处罚决定书	58
50.不予行政处罚决定书	60
51.按日连续处罚决定书	61
52.行政处罚延期（分期）缴纳罚款审批表	62
53.同意分期（延期）缴纳罚款通知书	63
54.督促履行义务催告书	64

执行结案阶段

55.行政处罚案件结案审批表	65
56.卷 宗 封 面	67
57.卷内文件目录	68

其他类

58.送达地址确认书	69
59.送达回证	70
60.案件移送函	71

61.案件移交函.....	73
62.涉嫌犯罪案件移送书.....	74
63.协 助 调 查 函.....	75
64.指定管辖通知书.....	76

(行政机关名称)

1. 案件来源登记表

____ 医保执案源字 () 第号

登记时间		年 月 日 时 分			
来源分类		☐ 监督检查 ☐ 投诉举报 ☐ 上级机关交办 ☐ 司法机关或其他行政机关移送 ☐ 舆情分析 ☐ 其他_____			
案 源 提 供 人	检查 人员	姓名		所属单位	
		姓名		所属单位	
	投诉 举报 人	相关信息见《投诉举报记录》			
	移送 交办 单位	名称		联系人	
		联系电话		联系地址	
	其他 情况				
案源 登记 内容		登记人签名：_____ 年 月 日			
案源 处理 意见		执法部门负责人签名：_____ 年 月 日			
备注					

(行政机关名称)

2.投诉举报记录

接到投诉举报时间	年 月 日 时 分			
投诉举报方式	☐ 来信 ☐ 来电 ☐ 来访 ☐ 其他_____			
投诉举报人	姓名		性别	
	年龄		身份证号	
	联系电话		住址	
	工作单位			
投诉举报内容	接报人签名： _____ 年 月 日			
备注				

注：对于投诉举报人信息，相关人员及单位应当保密

(行政机关名称)

3. (不予) 立案审批表

____ 医保执立字 () 第号

当事人	单位	名称			
		统一社会信用代码		法定代表人 (负责人)	
	个人	姓名		身份证号码	
	住所或住址				
	联系电话				
案件来源			案源登记日期	年 月 日	
核查情况 及立案 (不予立案) 理由	案由: 主要事实: 立案(不予立案)的依据: 执法人员: 年 月 日				
执法部门 负责人 意见	☐ 同意立案, 建议本案由____、____承办 ☐ 同意不予立案 ☐ _____ 执法部门负责人: 年 月 日				
主管领导 意见	主管领导: 年 月 日				

(行政机关名称)

4.询问通知书

____医保执询字〔 〕第号

_____:

为调查了解_____

_____, 请你于_____

年____月____日____时到_____

_____接受询问。根据《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条第一款的规定, 你有如实回答询问、协助调查的义务。

请携带以下材料:

☐被询问人的有效身份证件;

☐法定代表人或负责人身份证明;

☐如委托他人前来, 须出具有效的授权委托书及被委托人的有效身份证明;

其他 _____。

行政机关名称 (印章)

年 月 日

联系人: _____联系电话: _____

注: 本文书一式三份, 一份送达当事人, 一份入卷, 一份行政机关存档。

5.法定代表人（负责人）身份证明书

（身份证号：） 在我单位任职务，是我单位的法定代表人（负责人）。

单位地址：

联系电话：

单位全称：

单位公章：

年 月 日

6.授权委托书

委托人姓名或名称：_____

身份证号码或统一社会信用代码：_____

（委托人为单位）法定代表人（负责人）：_____

联系电话：_____住址（住所）：_____

受托人姓名：_____

身份证号码：_____

联系电话：_____住址：_____

委托人与受托人系_____关系，因委托人_____原因，
现委托其作为代理人办理如下事项：

☐代理委托人进行约谈、陈述申辩等；

☐代理委托人提交相关材料、签收法律文书等；

☐代理委托人退回医保基金、缴纳罚款等；

☐代理委托人办理的其他相关事宜。

☐其他_____

委托期限：从_____年_____月_____日起到_____年_____月_____日止。

对受委托人在办理上述事项过程中陈述、申辩的内容以及所签署的文件，本人（本单位）均予以认可，并承担相应的法律责任。

委托人（签字）：

（单位公章）

年 月 日

(行政机关名称)

7. 询问笔录

时间：_____年__月__日__时__分至_____年__月__日__时__分

询问地点：_____

被询问人：_____性别：_____年龄：_____身份证号码：_____

工作单位：_____联系电话：_____

住址：_____邮政编码：_____

询问人及其执法证编号：_____, _____

记录人：_____工作单位：_____

见证人：_____身份证号：_____

见证人联系电话：_____

执法人员表明身份、出示证件及被询问人确认的记录：执法人员（问）：我们是_____医疗保障局的行政执法人员_____, _____，这是我们的执法证，编号_____, _____，请过目确认：_____。

今天我们依法进行检查并了解有关情况，你应当配合调查，如实回答询问和提供材料，不得拒绝、阻碍、隐瞒或者提供虚假情况。如果你认为调查人与本案有利害关系，可能影响公正办案，可以申请回避，并说明理由。你有权对本次调查询问提出陈述、申辩。

请确认：_____

询问内容：_____

被询问人签名：_____年__月__日

询问人签名：_____年__月__日

记录人签名：_____年__月__日

见证人签名：_____年__月__日

第 页 共 页

[illegible]

被询问人阅读确认意见: _____

被询问人签名：_____年__月__日

询问人签名: _____年__月__日

记录人签名: _____ 年__月__日

见证人签名: _____ 年__月__日

第 页 共 页

(行政机关名称)

8.调取证据材料通知书

____医保执调证字 () 第号

(证据材料持有人的姓名或者名称)：

因调查(违法嫌疑人姓名或名称+涉嫌+违法行为性质)一案的需要，根据《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条、《宁夏回族自治区行政程序规定》第第三十八条之规定，现介绍等2名同志前来你（单位）处调取下列证据材料：

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

请你（单位）依法予以协助，并于年月日前提供上述证据材料。

联系人：

联系电话：

联系地址：

行政机关名称（印章）

年 月 日

(行政机关名称)

9.现场检查 (勘验) 笔录

时间(勘验): ____年____月____日____时____分至____年____月____日____时____分

检查(勘验)地点: _____

被检查(勘验)人姓名或名称: _____

被检查(勘验)人身份证号或统一社会信用代码_____

联系电话: _____

见证人姓名: _____联系电话: _____

见证人身份证号码: _____

执法人员表明身份、出示证件及被检查人确认的记录: 执法人员(问): 我们是_____医疗保障局的行政执法人员_____, 这是我们的执法证, 编号_____, 请过目确认: _____。

今天我们依法进行检查并了解有关情况, 你(单位)应当配合检查, 如实提供材料, 不得拒绝、阻碍、隐瞒或者提供虚假情况。如果你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。

你(单位)有权对本次检查提出陈述、申辩。被检查人的陈述、申辩意见:

检查(勘验)情况: _____

被检查(勘验)人签名: _____ 年____月____日

检查人(勘验)签名: _____ 年____月____日

记录人签名: _____ 年____月____日

见证人签名: _____ 年____月____日

第 页 共 页

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

见证人阅读确认意见: _____

检查人签名: _____ 年__月__日

见证人签名: _____ 年__月__日

15

(行政机关名称)

10.现场勘验图

绘制日期 年 月 日 时 分至 年 月 日 时 分
地 点_____

↑ 北			
勘验人	日期	制作人	日期
当事人（或委托参加人）			日期
备注：			

(行政机关名称)

11.现场检查 (勘验) 影像资料

附照片或光盘

当事人		见证人	
拍摄地点		拍摄人	
拍摄时间	年 月 日 时 分		
备 注			

(行政机关名称)
12.抽样取证通知书

____ 医保执抽证字 () 第号

_____:

你(单位)因_____行为,违反了____(法律依据名称及条、款、项具体内容)_____的规定。依照《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条第二款的规定,本机关决定对你(单位)的下列物品(见抽样取证物品清单编号:_____)进行抽样取证。

附:抽样取证物品清单

被抽样取证人: _____ 年 月 日

行政执法人员: _____ 执法证号 _____

_____ 执法证号 _____ 年 月 日

行政机关印章

年 月 日

注:本文书一式三份,一份送达被抽样取证人,一份入卷,一份行政机关存档。

(行政机关名称)

13. xx 取证 清 单

编号:

[illegible]

上述物品经核无误。

当事人（签名或盖章）：_____年__月__日

执法人员（签名）：_____年__月__日

_____年__月__日

保管人（签名）：_____年__月__日

见证人（签名）：_____年__月__日

（ 行政机关名称 ）
14.抽样取证物品处理通知书

____ 医保执抽证字（ ） 第号

_____:

本机关于____年__月__日向你（单位）作出（行政机关名称）抽样取证通知书（____ 罚抽证通字（ ） 第 号），对_____等物品进行了抽样取证。现根据调查（检验、检测、鉴定）结果，依照____（法律依据名称及条、款、项具体内容）____的规定，对被抽样取证的物品（见抽样取证物品处理清单）作出以下处理：_____。

如你（单位）对本决定不服，可自收到本决定之日起六十日内向 xxx 人民政府或（上一级主管部门名称） 申请行政复议；也可自收到本决定之日起六个月内直接向 xxx 人民法院提起行政诉讼。

附：抽样取证物品处理清单

被抽样取证人：_____ 年 月 日

行政执法人员：_____ 执法证号_____

_____ 执法证号_____ 年 月 日

行政机关印章

年 月 日

注：本文书一式三份，一份送达被抽样取证人，一份入卷，一份行政机关存档。

（ 行政机关名称 ）

15.先行登记保存证据审批表

被先行登记保存证据人	单位名称		法定代表人	
	住 址		电 话	
	个人姓名		性 别	
	所在单位		电 话	
	身份证号码		个人住址	
拟先行登记保存证据地点			拟先行登记保存证据期限	
案 由				
先行登记保存证据的理由、法律依据和内容				
承办人意见	承办人签名 年 月 日			
承办机构审核意见	负责人签名 年 月 日			
行政机关负责人审批意见	负责人签名 年 月 日			

（ 行政机关名称 ）
16.先行登记保存证据决定书

____医保执登存决字（ ）第号

当事人：____（当事人姓名或者名称）

地址：____（当事人家庭住址或者住所地）

因你（单位）的行为，涉嫌违反了的规定。为防止证据灭失或以后难以取得，依照《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条第二款的规定，本机关决定对下列物品予以先行登记保存证据。先行登记保存证据物品自年月日至年月日，以（当事人、第三人或行政执法机关）保管方式，存放于（具体地点）。在此期间，当事人或者有关人员不得销毁或转移证据。

如你（单位）不服本决定，可以在收到本决定书之日起**60**日内向申请行政复议；也可以在收到本决定书之日起**6**个月内直接向人民法院提起行政诉讼。

附：先行登记保存证据清单

编号	名称	数量	规格	型号	备注

当事人： 年月日

执法人员： 年月日

行政机关印章

年 月 日

注：本文书一式四份，一份交当事人，一份随卷归档，一份随证物备查，一份本机关留存。

(行政机关名称)

17.查封 (扣押) 决定书

____医保执查 (扣) 决字 () 第号

当事人: (当事人姓名或者名称)

地址: (当事人家庭住址或者住所地)

经查,你 (单位) 涉嫌实施了____的违法行为,依据__之规定,决定对你 (单位) 的有关场所、设施或物品 (详见《查封 (扣押) 清单》) 予以查封 (扣押), 查封 (扣押) 期限为日,自__年__月__日起至__年__月__日止。如因检验或者技术鉴定需要顺延期限的,或因情况复杂依法需要延长期限的,本机关将另行书面告知。在查封 (扣押) 期限内,你 (单位) 不得擅自使用、销售、转移、损毁、隐匿。

查封 (扣押) 物品存放于 (联系电话:) , 由 (保管人姓名或名称) 保管。

如你 (单位) 不服本决定,可以在收到本决定书之日起**60**日内向申请行政复议;也可以在收到本决定书之日起**6**个月内直接向人民法院提起行政诉讼。

附: 查封 (扣押) 清单

编号	名称	数量	规格	型号	备注

当事人: 年月日

执法人员: 、年月日

行政机关印章

年 月 日

（ 行政机关名称 ）
18.延长查封（ 扣押 ）期限决定书

____医保执查（扣）延字（ ）第号

（当事人姓名或者名称）：

因你（单位）涉嫌（案由）的违法行为，本机关于年月日向你（单位）制发医保执查（扣）决字（ ）第号《查封（扣押）决定书》，对你（单位）的有关场所、设施或物品实施了查封（扣押）。

现因（具体理由），根据《中华人民共和国行政强制法》第二十五条第一款的规定，经本机关负责人批准，决定延长查封（扣押）期限日，自年月日起至年月日止。

如你（单位）不服本决定，可以在收到本决定书之日起**60**日内向申请行政复议；也可以在收到本决定书之日起**6**个月内直接向人民法院提起行政诉讼。

行政机关印章

年 月 日

（ 行政机关名称 ）
19.解除查封（ 扣押 ）决定书

____医保执查（扣）解字〔 〕第号

（当事人姓名或者名称）：

本机关于年月日，向你（单位）制发医保执查（扣）决字〔 〕第号《查封（扣押）决定书》，对你（单位）的有关场所、设施或物品实施了查封（扣押）。

现因（解除理由），根据的规定，决定自年月日起予以全部（部分）解除（详见《解除查封（扣押）清单》）。其中需退还你（单位）的物品，请你（单位）于年月日前到（具体地点）取回物品。逾期不领取的，本机关将依法予以处理。

附：解除查封（扣押）清单

编号	名称	数量	规格	型号	备注

当事人：年月日

执法人员：、年月日

行政机关印章

年 月 日

(行政机关名称)
20.委 托 鉴 定 书

____医保执鉴(检)委字()第 号

委 托 人: _____ 联系电话: _____

受委托人: _____ 联系电话: _____

受委托人统一社会信用代码: _____

委托事项: 因调查处理_____案件的需要, 根据_____

_____的规定, 委托人现委托受委托人对以下患者病情进行鉴定。

委托鉴定患者登记表:

编号	患者 姓名	身份 证号	联系 方式	拟(原)就 诊病种	适用标准 或规程	鉴定项目	备注

1. 委托人应当通知被鉴定人员相关事宜并要求其配合, 受委托人应当自行联系被鉴定人;

2. 委托人应当按时收取鉴定报告, 并交纳费用_____;

3. 受委托人应当按委托人的要求进行鉴定, 并于_____年_____月_____日前提交鉴定报告_____份。鉴定报告应由鉴定人员签名或盖章, 并加盖鉴定机构的印章。

委托人: ×××医疗保障局

受委托人: (机构名称)

(公章)

(公章)

年 月 日

年 月 日

注: 本文书一式三份, 一份交受委托人, 一份随卷归档, 一份本机关留存。

(行政机关名称)

21.鉴定结论告知书

____医保执鉴（检）告字（ ）第号

当事人姓名或名称：_____

当事人身份证号码或统一社会信用代码：_____

当事人住址或住所：_____

法定代表人（负责人）：_____

本机关委托对相关人员（详见附件：《鉴定报告》）的病情进行了鉴定。鉴定意见如下：所涉人员病情经过鉴定（检验），因结果（☐符合；☐不符合），被判定（☐属于；☐不属于）_____病种。

如你（单位）对上述鉴定意见有异议，请在接收本告知书之日起____日内向本机关提出书面补充鉴定或重新鉴定的申请，并申明理由，逾期即视为放弃该权利。

特此告知。

附：鉴定报告复印件（报告编号：_____）

行政机关印章

年 月 日

注：本文书本文书应按当事人和被鉴定人数量制发，当事人及每位被鉴定人都应逐一送达，另有一份随卷归档，一份本机关留存。

(行政机关名称)
22.调查情况记录表

案由					立案号		
当事人	单位	名称					
		统一社会信用代码			法定代表人 (负责人)		
	个人	姓名			身份证号码		
		住所或住址			联系电话		
编号	被询问人姓名	联系方式	身份证号	与本案关系	联系时间	内容记录	执法人员

(行政机关名称)

23. 证据清单

24.

编号	证据名称	证据类别	证明对象	取证时间及地点	执法人员

(行政机关名称)
24. 责令 (限期) 改正通知书

____ 医保执责改字 () 第号

_____:

你 (单位) _____

_____ 的行为, 违反了/构成了

_____ 的规定/所指的

违法行为。以上违法事实, 主要证据如下: _____

_____。依据

_____ 的规定, 现

责令你单位于 _____ 年 _____ 月 _____ 日前改正, 并将结果函告我机关。

改正内容及要求如下: _____

逾期不改正的, 本机关将依据 _____ 的规定, _____

如对本决定不服, 可以于收到本决定之日起六十日内依法向 _____

_____ 医疗保障局或者 _____ 人民政府申请行政复议, 也可以于六个月

内依法向 _____ 人民法院提起行政诉讼。

行政机关印章

年 月 日

本文书一式三份, 一份送达当事人, 一份由行政执法机关留存, 一份随卷归档。

(行政机关名称)

25. 责令停止违法行为通知书

____ 医保执责停字 () 第号

____:

经查, 你 (单位) _____

____ 的行为, 违

反了 _____ 《××法》第×条第×款第×项

____ 的规定, 根据 _____ 《××

法》第×条第×款第×项 _____ 的规定, 现责令你 (单位) 立即停止违法行

为。

行政机关名称 (印章)

年 月 日

注: 本文书一式三份, 一份送达当事人, 一份入卷, 一份行政机关存档。

(行政机关名称)
26.整改复查意见书

____医保执整复字 () 第号

_____:

本机关于_____年____月____日，向你（单位）发出(xxx 通知书)
() 号 责令改正_____（违法行
为）_____。现经对你（单位）改正情况进行
复查，提出如下意见：

☐违法行为已改正；

☐_____

行政机关名称（印章）

年 月 日

(行政机关名称)

27.中止调查通知书

____医保执中调字 () 第号

当事人姓名或名称: _____

当事人住址或住所: _____

法定代表人 (负责人): _____

因你 (你单位) 所涉 _____ 案件 (立案号: _____), 存在
下述情况:

☐ 本案处理决定的作出须以 _____ 案件的裁判结果为依据,
但该案件尚未审结;

☐ 本案处理决定的作出须以 _____ 行政决定为依据, 但该行政
决定尚未作出;

☐ 涉及 _____ 法律适用等问题, 需要送请 _____ 机关作出
解释 (或者确认);

☐ 因 _____ 不可抗力致使案件暂时无法调查;

☐ 因 _____ 下落不明致使案件暂时无法调查;

☐ 其他 _____。

本机关依据 _____ 规定, 决定中止调查本案。中止调查自 _____
年 _____ 月 _____ 日起。中止调查的原因消除后, 本机关将立即恢复调查, 届时会
再予通知。

特此通知。

行政机关名称 (印章)

年 月 日

(本文书一式二份, 一份存档, 一份送达当事人。)

(行政机关名称)

28.恢复调查通知书

____医保执复调字 () 第号

当事人姓名或名称: _____

当事人住址或住所: _____

法定代表人 (负责人): _____

本机关于____年__月__日向你 (单位) 制发____医保____ () 中调字[20××]第 _____号《中止调查通知书》, 通知你 (你单位), 本机关决定对你 (你单位) 所涉_____案件 (立案号: _____) 中止调查。

现因中止调查的原因_____已消除, 本机关决定自____年____月____日起恢复调查。请你 (单位) 配合后续调查事宜。

特此通知。

行政机关名称 (印章)

年 月 日

(本文书一式两份, 一份存档, 一份送达当事人。)

(行政机关名称)
29.案件调查终结报告

案由：

调查时间：自_____年____月____日至_____年____月____日

调查人：_____、_____

案发经过：

当事人基本情况：

违法事实：

相关证据：

当事人意见：

处罚依据：

处罚建议：

调查人签名：

年月日

（ 行政机关名称 ）
30.法制核审意见表

案件名称		
送审机构		
送审日期	年	月 日
审核内容	具体意见	
执法主体是否合法		
执法人员是否有执法资格		
案件事实是否清楚，证据是否充分确凿		
定性是否准确		
适用依据是否准确		
处理建议是否适当		
程序是否合法		
文书是否规范		
是否有超越本机关职权范围或滥用职权情形		
是否涉嫌犯罪需要移送司法机关		
其他		
审核意见 法制部门负责人签名： 年 月		

（ 行政机关名称 ）
31.行政处罚告知审批表

立案案号					
案由					
案发地					
当 事 人	个 人	姓名		出生年月	
		性别		联系电话	
		身份证或其他 有效证件号码			
		住址			
		工作单位			
	单 位	名称			
		法定代表人 或负责人		职务	
		统一社会 信用代码		联系电话	
		住所			
具体违法 事实					
相关证据					

处罚依据	
执法人员 意见	签名：年月日
办案机构 意见	签名：年月日
法制机构 意见	签名：年月日
案件审核 委员会 意见	
行政机关 负责人 意见	签名：年月日
备注	

(行政机关名称)

32. 行政处罚事先告知书

____ 医保执罚告字 () 第号

_____:

本机关于____年__月__日对_____(案由)_____立案调查。

经调查,你(单位)_____(陈述违法事实。载明违法行为发生的时间、地点、情节、构成要件、危害后果等内容)____。上述行为违反了_____(法律依据名称及条、款、项具体内容)_____的规定,已构成违法。_____(列举证据形式,阐述证据所要证明的内容)____。根据你(单位)违法行为的事实、性质、情节、社会危害程度和相关证据,参照《××法(条例、办法)行政处罚裁量标准》,你(单位)的违法行为为_____(一般、严重或者特别严重)_____。

根据_____(法律依据名称及条、款、项具体内容)_____的规定,本机关拟对你(单位)作出_____的行政处罚。

依据《中华人民共和国行政处罚法》第三十一条、第三十二条的规定,你(单位)可在收到本告知书之日起3日内提出书面陈述、申辩意见,或到____×××(地点)_____进行陈述、申辩。逾期不陈述、申辩的,视为你(单位)放弃陈述、申辩权利。

行政机关印章

年 月 日

行政机关地址: _____ 邮政编码: _____

行政机关联系人: _____ 联系电话: _____

33.陈述（申辩）书

陈述（申辩）人：_____工作单位：_____身份证号码：_____

法定代表人：_____电话：_____

住址：_____邮编：_____

与本案的关系：_____

委托代理人：_____身份证号码：_____

工作单位：_____电话：_____

地址：_____邮编：_____

陈述（申辩）的事项：_____

陈述（申辩）的事实和理由：_____

陈述（申辩）人：_____ 年 月 日

委 托 代 理 人：_____ 年 月 日

34.陈述（申辩）笔录

陈述（申辩）时间：____年____月____日____时____分至____时____分

陈述（申辩）地点：_____

陈述（申辩）人：_____性别：_____

工作单位：_____电话：_____

住址：_____邮编：_____

记录人：_____执法证号：_____

陈述（申辩）请求：_____

事实和理由：_____

陈述（申辩）人、记录人应当逐页签字确认

（以下是笔录尾页）

陈述（申辩）人阅核后签注“笔录上述内容，记录属实。”

陈述（申辩）人签字：_____年____月____日

记录人签字：_____年____月____日

第 页共 页

(行政机关名称)

35.当事人陈述、申辩复核意见书

案 由				
当 事 人	姓名或 名 称		法定代表人 (负责人)	
	住址或 地 址		联 系 电 话	
陈述、申辩的 事实、理由和 证据				
复核人意见	签名： 年 月 日			
复核机构 意见	签名： 年 月 日			
法制机构 意见	签名： 年 月 日			
机关负责人 意见	签名： 年 月 日			
备 注				

(行政机关名称)

36.行政处罚听证告知书

____医保执罚听告字 () 第号

_____:

本机关于____年__月__日对_____(案由)_____立案调查。
经调查,你(单位)_____(陈述违法事实。载明违法行为发生的时间、地点、
情节、构成要件、危害后果等内容)____。上述行为违反了(法律依据名称及
条、款、项具体内容)____的规定,已构成违法。_____(列举证据形式,阐述证
据所要证明的内容)____。根据你(单位)违法行为的事实、性质、情节、社
会危害程度和相关证据,参照《××法(条例、办法)行政处罚裁量标准》,
你(单位)的违法行为为_轻微_(一般、严重或者特别严重)_____。

根据_____(法律依据名称及条、款、项具体内容)____的规定,本机关
拟对你(单位)作出_____的行政处罚。

依据《中华人民共和国行政处罚法》第四十二条第一款规定,你(单
位)有权要求举行听证。如你(单位)要求听证,应当自收到本告知书之
日起3日内向本机关提出申请。逾期不申请听证的,视为你(单位)放弃听
证权利。

行政机关印章

年 月 日

行政机关地址: _____ 邮政编码: _____

行政机关联系人: _____ 联系电话: _____

(行政机关名称)
37.行政处罚听证申请书

申请人姓名：_____身份证号码：_____住址：_____

所在单位：_____电话：_____邮编：_____

申请单位名称：_____法定代表人姓名：_____

住址：_____电话：_____邮编：_____

与本案关系：_____

委托代理人姓名：_____身份证号码：_____

住址：_____电话：_____

申请听证目的（主要要求）：_____

申请听证的事实和理由：_____

听证申请人：（签名或盖章）

委托代理人：（签名或盖章）

年 月 日

注：行政处罚听证申请人是单位的，应当盖单位印章；是个人的，应当签名，以下文书与此相同要求。

(行政机关名称)

38.行政处罚听证通知书

____医保执听通字 () 第号

_____:

根据你(单位)____年__月__日就____(具体案由)____一案提出的听证要求,本机关决定于____年__月__日__时__分在____(听证地点)举行听证。本次听证由____(单位、职务、姓名)____为听证主持人,____为记录人。请你(单位)或者委托代理人持本通知准时参加。

如你(单位)认为主持人与本案有直接利害关系的,有权申请回避。申请主持人回避,可在听证举行前(____月__日前)向本机关提出申请并说明理由。因特殊原因需申请延期举行的,应当在____年__月__日前向本机关提出,由本机关决定是否延期。若无正当理由不按时参加听证,又不事先说明理由的,视为放弃听证权利,本机关将终止听证。

参加听证前,请你(单位)注意下列事项:

1. 当事人可亲自参加听证,也可以委托 1-2 名代理人参加听证。委托代理人参加听证的,应在听证举行前提交由当事人或当事人的法定代表人签署的授权委托书,载明委托的事项、权限和期限。
2. 参加听证时应携带当事人或委托代理人的身份证明原件及其复印件和有关证据材料。
3. 当事人有证人出席作证的,应通知有关证人出席作证,并事先告知本机关联系人。

行政机关联 系 人:

联系电话:

行政机关单位地址:

行政机关印章

年 月 日

行政处罚听证申请人或委托代理人: 签名或盖章

年 月 日

注: 本文书一式三份, 一份送达听证申请人, 一份入卷, 一份行政机关存档。

(行政机关名称)

39.不予受理听证通知书

____医保执听不受字 () 第号

(当事人姓名或者名称)：

你 (单位) 因 (案由) 一案，提出举行听证要求，本机关经审查认为：。

根据《中华人民共和国行政处罚法》第四十二条规定，决定不予受理。
特此通知。

行政机关印章
年 月 日

40.回避申请书

申请人：（公民姓名或法人、其他组织名称）电话：_____

住所（地址）：_____（公民住所，法人、其他组织地址）

申请回避的人员：_____（执法人员或听证主持人、听证员、记录员姓名）

因_____（申请回避的理由）

现申请其在_____中回避。

此致

_____（行政执法机关名称）

申请人：_____

_____年____月____日

(行政机关名称)

41.回避决定书

____医保执避决字〔 〕第号

申请人：

法定代表人（负责人）：

联系电话：

被申请人：

工作单位及职务：

申请人于年月日以_____（申请理由）_____为由，申请办理一案的被申请人进行回避。

经审查，本机关认为_____（同意或驳回决定的理由）
_____。根据的规定，决定如下：

（同意回避申请或驳回回避申请）。

行政机关名称（印章）

年 月 日

注： 本文书一式三份，一份送达当事人，一份入卷，一份行政机关存档。

42.听证笔录

案由：_____

立案编号：_____

当事人：（姓名、性别、年龄、住址或单位名称、法定代表人姓名、职务）

听证代理人：_____

听证代理人：_____

证人：_____

鉴定人：_____

翻译人：_____

调查人：_____

主持人：_____听证员：_____书记员：_____

听证时间：_____年_____月_____日_____时_____分至_____时_____分

听证地点：_____

听证内容：_____

当事人签名：

调查人签名：

证人签名：

鉴定人签名：

翻译人签名：

(行政机关名称)
43.听证中止通知书

____医保执听止字 () 第号

____(申请人) _____:

你 (单位) 对 _____ (案件名称) _____一案提出的听证申请, 本机关依法已予受理。听证期间, 因 _____ (中止听证的事由) _____。根据《宁夏回族自治区行政听证程序规定》第三十二条第一款的规定, 现决定自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起中止本案听证。中止听证原因消除后, 本机关将恢复听证。

特此通知。

行政机关名称 (印章)

年 月 日 _____

注: 本文书一式 () 份: 一份留存, 其他交听证申请人、第三人。

(行政机关名称)
44.延期听证通知书

____医保执延听字 () 第号

____(申请人) :

你 (单位) 对____(案件名称)____一案提出的听证申请, 本机关依法已予受理。经审查, 因____(延期听证的事由)____, 不能在规定期限内举行听证。根据《宁夏回族自治区行政听证程序规定》第三十三条的规定, 本案的听证决定期限至____年____月____日之前举行。

特此通知。

行政机关名称 (印章)

年 月 日

注: 本文书一式 () 份: 一份留存, 其他交听证申请人、第三人。

(行政机关名称)
45.恢复听证通知书

____医保执复听字 () 第号

____(申请人) _____:

你(单位)对_____(案件名称)_____一案提出的听证申请,本机关已予受理。因_____(中止/延期听证的事由)_____,本机关于____年____月____日起中止/延期本案听证。现_____原因已消除,根据《宁夏回族自治区行政听证程序规定》第 xxx 条第 xx 款的规定,于____年____月____日恢复本案的听证。

特此通知。

行政机关名称(印章)

年 月 日

注:本文书一式 () 份:一份留存,其他交听证申请人、第三人。

(行政机关名称)
46.听 证 报 告

案由： _____

听证时间： ____年____月____日____时____分至____时____分

听证地点： _____听证方式： _____

听证主持人： _____听证员： _____记录人： _____

听证申请人： _____委托代理人： _____

利害关系人： _____委托代理人： _____

案件承办人： _____工作单位： _____

听证会基本情况： _____

案件事实： _____

处理意见及建议： _____

听证主持人： _____ ____年 ____月 ____日

听 证 员： _____ ____年 ____月 ____日

(行政机关名称)
47.案件集体讨论记录

案件名称: _____

讨论时间: _____年____月____日____时____分至____时____分

讨论地点: _____

主持人: _____

记录人: _____

参加人员: _____

案件调查人员汇报案件情况及拟处理意见: _____

陈述、申辩（听证）情况: _____

主持人签名: _____年 月 日

记录人签名: _____年 月 日

参加人员签名: _____年 月 日

第 页 共 页

(续/尾页)

讨论记录: _____

结论意见:_____

主持人签名： 年 月 日

记录人签名: _____ 年 月 日

参加人员签名: _____ 年 月 日

第 页 共 页

（ 行政机关名称 ）
48.行政处罚决定审批表

立案案号				立案时间		
案由						
案发地						
当 事 人	个 人	姓名			出生年月	
		性别			联系电话	
		身份证或其他 有效证件号码				
		住址				
		工作单位				
	单 位	名称				
		法定代表人 或负责人		职务		
		统一社会 信用代码		联系电话		
		住所				
具体违法 事实						
相关证据						
履行告知 及当事人 陈述申辩 或者听证 简况						
处罚依据						

执法人员 意见	签名：年月日
办案机构 意见	签名：年月日
法制机构 意见	签名：年月日
案件审核 委员会 意见	
行政机关 负责人 意见	签名：年月日
备注	

(行政机关名称)

49.行政处罚决定书

____医保执罚决字 () 第号

当事人:

(个人) 姓名: _____

身份证 (其他有效证件) 号码: _____

(单位) 名称: _____

法定代表人 (负责人): _____

住所 (地址): _____

本机关于____年____月____日对____ (案由) 案调查。经调查, 你 (单位) ____ (陈述违法事实。载明违法行为发生的时间、地点、情节、构成要件、危害后果等内容) ____。上述行为违反了____ (法律依据名称及条、款、项具体内容) 的规定, 已构成违法。____ (列举证据形式, 阐述证据所要证明的内容) ____。根据你 (单位) 违法行为的事实、性质、情节、社会危害程度和相关证据, 参照《××法 (条例、办法) 行政处罚裁量标准》, 你 (单位) 的违法行为为____ 轻微 (一般、严重或者特别严重) ____。

根据____ (法律依据名称及条、款、项具体内容) 的规定, 本机关决定对你 (单位) 作出如下行政处罚:

1. ×××

2. ×× (其中为罚款处罚的, 罚款数额应大写) 。

你 (单位) 应当自收到本决定书之日起 15 日内将罚款缴至____ 银行 (账号: _____) 。到期不缴纳罚款的, 每日按罚款数额的 3%加处罚款。

你（单位）如不服本决定，可以自收到本决定书之日起六十日内向××人民政府或者××厅（局）申请行政复议，也可以自收到本决定书之日起六个月内依法直接向人民法院提起行政诉讼。逾期不申请行政复议，也不提起行政诉讼，又不履行本处罚决定的，本机关将依法申请人民法院强制执行（依法有强制执行权的，可以写“强制执行”）。

行政机关印章

年 月 日

注： 本文书一式三份，一份送达当事人，一份入卷，一份行政机关存档。

（ 行政机关名称 ）

50.不予行政处罚决定书

____医保执不罚决字（）第号

_____:

当事人基本情况: _____

经查,你(单位)_____ (详细的违法事实,写明时间、地点、情节、危害后果等内容)_____,并且有《现场检查(勘验)笔录》、《调查(询问)笔录》____等证据佐证。

本机关认为,你(单位)违反了_____《××法》第×条第×款第×项_____的规定,已经构成违法。

鉴于_____

_____,
现根据《中华人民共和国行政处罚法》第三十八条第二款的规定,本机关决定对你(单位)不予行政处罚。

行政机关名称(印章)

年 月 日

注: 本文书一式三份,一份送达当事人,一份入卷,一份行政机关存档。

(行政机关名称)

51.按日连续处罚决定书

____医保执连罚决字〔 〕第号

（当事人名称或者姓名，与营业执照、居民身份证一致）：

身份证号码：_____统一社会信用代码：_____

地址：_____法定代表人（负责人）：_____

我局于____年__月__日对你（单位）进行了调查，发现你（单位）实施了以下环境违法行为：

（陈述违法事实，如违法行为发生的时间、地点、情节、动机、危害后果等内容）。

以上事实，有（列举证据形式，阐述证据所要证明的内容）等证据为凭。

你（单位）的上述行为违反了（相关法律、法规、规章名称及条款序号）的规定。

我局于____年__月__日向你（单位）送达了《责令改正违法行为决定书》（××〔 〕×号）。

____年__月__日，我局对你（单位）送达了《行政处罚决定书》（〔 〕号）罚款_____元。

____年__月__日，我局对你（单位）组织复查中发现：（拒不改正的违法事实）_____。

以上事实，有（列举证据形式，阐述证据所要证明的内容）等证据为证。

你（单位）的上述行为违反了（相关法律、法规、规章名称及条款序号）的规定。

我局于____年__月__日以《行政处罚事先（听证）告知书》（××〔 〕×号）告知你（单位）陈述申辩权（听证申请权）。____年__月__日，（叙述陈述申辩及听证过程、当事人意见理由及证据、环保部门采纳当事人意见的情况及理由。有从重、从轻、减轻或其他有裁量幅度的，说明法定理由和依据。）

依据《中华人民共和国行政处罚法》第二十三条和《中华人民共和国环境保护法》第五十九条的规定，经研究，我局决定对你（单位）自____年__月__日起至____年__月__日止实施按日连续处罚：

罚款（大写）_____元。

罚款限于接到本处罚决定之日起 15 日内缴至指定银行和账号。逾期不缴纳罚款的，我局可依据《中华人民共和国行政处罚法》第五十一条第一项之规定，每日按罚款数额的 3% 加处罚款。

收款银行：_____户名：_____账号：_____

如不服本处罚决定，可在收到本处罚决定书之日起六十日内向____上级部门____或者向×××人民政府申请复议，也可在六个月内向×××人民法院提起行政诉讼。申请行政复议或者提起行政诉讼，不停止行政处罚决定的执行。

逾期不申请行政复议，不提起行政诉讼，又不履行本处罚决定的，我局将依法申请人民法院强制执行。

行政机关名称（印章）

年 月 日

注： 本文书一式三份，一份送达当事人，一份入卷，一份行政机关存档。

（ 行政机关名称 ）

52.行政处罚延期（分期）缴纳罚款审批表

案由			
行政处罚 决定书文号			
当事人		地址	
违法事实 及处罚内容			
当事人申请 延期(分期) 缴纳罚款的 理由			
承办人员 意 见	（延期（分期）缴纳罚款的具体建议） 承办人（签名）：_____、_____ 年 月 日		
承办机构 意 见	负责人（签名）：_____ 年 月 日		
行政机关负 责人审批 意 见	负责人（签名）：_____ 年 月 日		

(行政机关名称)

53.同意分期 (延期) 缴纳罚款通知书

____医保分 (延) 缴字 () 号

_____:

本机关于____年____月____日向你(单位)作出《行政处罚决定书》(____医保罚字()号),对你(单位)罚款_____元(大写)。你(单位)于____年____月____日申请 延期/分期 缴纳罚款。现根据《中华人民共和国行政处罚法》第五十二条的规定,同意你(单位):

☐延期缴纳罚款。延长期限至____年____月____日止。

☐分期缴纳罚款。第____期,至____年____月____日止,缴纳罚款_____元(大写);第____期,至____年____月____日止,缴纳罚款_____元(大写);第____期,至____年____月____日止,缴纳罚款_____元(大写)。

代收机构以本通知书为据,办理收款手续。

逾期未缴纳罚款的,本机关依据《中华人民共和国行政处罚法》第五十一条第(一)项的规定,可每日按照罚款数额的3%加处滞纳金。加处的滞纳金由代收机构直接收缴。

行政机关名称 (印章)

年 月 日

(本文书一式四份,一份送达当事人,一份送达罚款收缴机构,一份随卷归档,一份本机关留存。)

(行政机关名称)

54.督促履行义务催告书

____医保罚催字〔 〕号

_____:

本机关已于____年____月____日向你(单位)作出□《行政处罚决定书》(医保执罚决字〔 〕第号)(□《责令(限期)改正通知书》医保执责改字〔 〕第号),对你(单位)作出_____的行政处罚(行政命令)。

你(单位)于____年____月____日收到上述决定书后,未履行_____的决定,在法定期限内未申请行政复议或提起行政诉讼。本机关根据《中华人民共和国行政强制法》第五十四条的规定,责令你(单位)在收到本催告书后10日内履行上述□《行政处罚决定书》(□《责令(限期)改正通知书》)确定的下列义务_____。

收到本催告书后,你(单位)有权进行陈述、申辩。无正当理由逾期不履行上述义务的,本机关将依法申请_____人民法院强制执行。

联系人: _____

联系电话: _____

行政机关名称(印章)

年 月 日

(本文书一式三份,一份送达当事人,一份随卷归档,一份本机关留存。)

（ 行政机关名称 ）
55.行政处罚案件结案审批表

案由			案件来源	
当事人 名称/姓名			法定代表人 (负责人)	
工作单位			职务或者 职业	
住所或者 住址				
案发时间	年 月 日	案发地		
立案时间	年 月 日	行政处罚 决定书文号		
办案人员及执 法证编号			是否公示	
简要案情及 查处经过				
行政处罚 内 容				
履行方式及罚 没财物的处置 情况				

承办人 意 见	
承办机构 审核意见	
法制机构 审核意见	
机关负责人 审批意见	

填表人员：

年 月 日

56.卷 宗 封 面

编号：

(行政执法机关名称)
行政处罚案卷卷宗

案件名称

案发地址

处罚结果

承办人

立案时间

结案时间

保管期限

归档号

本案件名称共 卷 页

全宗号	目录号	案卷号

57.卷内文件目录

序号	发文文号	文件名称	页号	备注
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

58.送达地址确认书

____医保送达确字〔 〕号

案由			立案号		
当事人填写 送达地址确 认书的告知 事项	1. 为便于当事人及时收到法律文书，保证执法程序顺利进行，当事人应当如实提供确切的送达地址； 2. 受送达人可自愿选择是否同意使用电子邮件、传真等电子送达方式。 3. 确认的送达地址适用于各个行政执法阶段，包括调查、处理、执行； 4. 处理期间如果送达地址有变更，应当及时告知变更后的送达地址；当事人未及时告知的，以其确认的地址为送达地址； 5. 因受送达人拒不提供送达地址、提供虚假地址或者提供送达地址不准确、送达地址变更未及时告知医疗保障部门、受送达人拒绝签收，导致相关法律文书未能被受送达人实际接收，直接送达的，该文书留在该地址之日为送达之日；邮寄送达的，该文书被退回之日为送达之日。				
当事人	姓名（名称）				
	送达地址				
	联系电话				
	电子 送 达	☐ 同意	手机号码（接收短信提醒）：		
			请选择具体的电子送达方式： ☐ 电子邮件，邮箱地址为： ☐ 传真，传真号码为：		
	☐ 不同意				
当事人对自己 送达地址的 确认	我已经阅读了（听明白）上述告知事项，并保证上述送达地址是准确、有效的，并愿意承担相应的法律后果。 当事人签名、盖章或捺指印： 年 月 日				
执法人员 签名	年 月 日				
备注					

59.送达回证

送达文书名称	
送达文书文号	
受送达人	
送达地点	
送达方式	
送达日期	年 月 日
收件人签字或盖章 并注明收件日期	(与受送达人的关系:) 年 月 日
见证人签名	年 月 日
送达人签名	年 月 日
备注	

(行政机关名称)
60.案件移送函

____医保执移送字 () 第号

_____:

本机关于_____年_____月_____日对_____
_____一案立案调查,在调查中发现:_____(应
当移送的理由)_____,此案超出本机关管
辖范围。

依照_____规定,
现将该案移送你单位处理。

附:

1. 案件有关材料 _____件:

(1)

(2)

2. 移送案件涉案物品清单

行政机关名称 (印章)

年 月 日

移送案件涉案物品清单

单位（印章）：

[illegible]

移送案件接收人: _____ 年 月 日

移送案件移送人: _____、_____ 年 月 日

注：本文书一式三份。一份送达被移送单位，一份入卷，一份行政机关存档。

(行政机关名称)

61.案件移交函

____医保执移交字 () 第号

(受移交的下级医疗保障局名称):

根据《中华人民共和国行政处罚法》第二十条和《浙江省行政程序办法》第十条的规定, 现将该案移交你单位处理。如违法行为涉嫌犯罪, 你局应当按规定移送公安机关。

特此移交。案件查处结果请及时函告本机关。

附有关材料:

- 1.
- 2.
- 3.

联系人: 联系电话:

行政机关名称 (印章)

年 月 日

(行政机关名称)
62.涉嫌犯罪案件移送书

____ 医保执罪移字 () 第号

本机关于____年____月____日对____

____进行调查。在调查中发现____
____。根据《中华人民共和国行政处罚法》《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》等相关规定，现将该案移送你单位处理。根据《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》第八条之规定，请你单位自接受该案之日起3日内，将处理情况书面通知本机关。

- 附件：1. 涉嫌犯罪案件情况的调查报告
2. 涉案物品清单
3. 其他有关涉嫌犯罪的材料

行政机关名称 (印章)
年 月 日

案件移送人：____ 案件接收人：____

注：本文书一式三份，一份送达当事人，一份入卷，一份行政机关存档。

(行政机关名称)
63.协 助 调 查 函

____医保执协调字〔 〕第号

_____:

本机关在处理_____一案(立案号:
_____)中,因_____,特请贵单位协助调查以下问题:

1. _____
2. _____
3. _____

请贵单位在接到本函起十五个工作日内完成以上调查工作,并在调查报告上加盖公章后函告本机关。调查中取得的证据请随调查报告一并移交本机关。若贵单位无法协助或需延期完成,请在期限届满前告知本机关。

联系人: _____

联系电话: _____

政机关名称(印章)

年 月

注:本文书一式三份,一份送达协助调查机关,一份由请求协助的医疗保障
行政部门留存,一份随卷归档。

(行政机关名称)
64.指定管辖通知书

____医保执辖决字 () 第号

____:

关于_____

一案管辖权问题，经研究，现决定指定该案由_____局
管辖。请你们接到此通知后及时办理案件及相关材料的移交手续。

行政机关名称（印章）

年 月 日