×××医疗保障局

行政处理决定书

××医保处字〔20××〕第    号

当事人（姓名或名称）：

主体资格证件名称及号码：

住所或地址：

（单位）法定代表人（主要负责人）：

本机关于                         对你（单位）进行了调查，发现你（单位）实施了如下违法行为：

以上违法事实，主要证据如下：

对当事人陈述、申辩或者听证意见的采纳情况及理由：

（可选）从轻、减轻处罚的理由：

□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，

                                                                                                            。

□由于你（单位）上述行为违反了的相关规定，现依据                                                                                                            ，

  （罚款金额，责令退回的医疗保险金的金额）

                                                       。

当事人应于收到本决定书之日起十五日内将罚款（和退回的医疗保险金）缴到：

收款银行：                户名：

账号：

逾期不缴纳罚款的，依据《行政处罚法》第五十一条第一项的规定，每日按罚款数额的百分之三加处罚款，并将依法申请人民法院强制执行。

如对本决定不服，可以于收到本决定书之日起六十日内向

       医疗保障局或者                人民政府申请复议，也可以于六个月内依法向           人民法院提起行政诉讼。

逾期不申请行政复议，不提起行政诉讼，又不履行本决定的，本机关将依法申请人民法院强制执行。

×××医疗保障局（公章）

年  月  日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份由本机关留存，一份随卷归档。）