

附件 4

医疗保障信用评价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	<p style="text-align: right;">XX 医疗保障局（盖章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
备 注	