

附件 6

医疗保障不予信用修复告知书

编号：

我局于 年 月 日收到你（单位）提出的申请，经审查，不符合《江西省医疗保障信用管理办法（试行）》规定，决定不予信用修复。

如不服本决定，可以自收到本告知书之日起 5 个工作日内，向_____提出异议申请。

经办人：

电 话：

单位名称（公章）

年 月 日