附件

关于印发《哈尔滨市医疗保障领域行政

执法程序规定（试行）》的通知

各县（市）医疗保障局，局机关各处（室）、机关党委，市医保中心：

现将《哈尔滨市医疗保障领域行政执法程序规定（试行）》印发给你们，请结合工作实际，认真抓好贯彻落实。

哈尔滨市医疗保障局

2025年x月xx日

哈尔滨市医疗保障领域行政执法程序规定

（试行）

第一章 总 则

第一条 为规范哈尔滨市医疗保障领域行政执法案件办理程序，保障和监督医疗保障行政执法部门依法行使职权，维护医疗保障基金安全，保护公民、法人和其他组织的合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国行政处罚法》《中华人民共和国行政强制法》《医疗保障行政处罚程序暂行规定》《行政检查文书基本格式文本（试行）》《黑龙江省行政执法程序规定》等，制定本规定。

第二条 医疗保障行政执法部门办理行政执法案件，适用本规定。法律、法规和规章另有规定的，从其规定。

第三条 行政执法应当遵循公正、公开的原则。坚持以事实为依据，与违法行为的事实、性质、情节以及社会危害程度相当。

坚持处罚与教育相结合，做到事实清楚、证据确凿、依据正确、程序合法、处罚适当。

坚持全面落实行政执法公示制度、执法全过程记录制度、重大执法决定法制审核制度。

第四条 违法行为在二年内未被发现的，不再给予行政处罚；涉及公民生命健康安全且有危害后果的，上述期限延长至五年。

前款规定的期限，从违法行为发生之日起计算；违法行为有连续或者继续状态的，从行为终了之日起计算。

第五条 执法人员与案件有直接利害关系或者有其他关系可能影响公正执法的，应当回避。

当事人认为执法人员与案件有直接利害关系或者有其他关系可能影响公正执法的，有权申请回避。

当事人提出回避申请的，医疗保障行政部门应当依法审查。

医疗保障行政部门负责人的回避，由医疗保障行政部门集体讨论决定；医疗保障行政部门其他人的回避，由医疗保障行政部门负责人决定。决定作出前，不停止调查。

第六条 市医疗保障行政部门对县（市）医疗保障行政部门实施的行政处罚应当加强监督。各级医疗保障法制机构负责本级行政执法业务指导和组织培训工作，负责执法案件的审核及执法监督工作。

第七条 医疗保障行政部门可以依法委托符合法定条件的组织开展行政执法工作。行政强制措施权不得委托。

受委托组织在委托范围内，以委托行政机关的名义实施行政

处罚，不得再委托其他组织或者个人实施行政处罚。

委托书应当载明委托的具体事项、权限、期限等内容。委托

行政机关和受委托组织应当将委托书向社会公布。

委托行政机关对受委托组织实施行政处罚的行为应当负责监督，并对该行为的后果承担法律责任。

第八条 各级医疗保障行政部门应成立行政执法案件审查委员会，负责对立案查处的重大行政处罚案件进行集体审查。委员会审定案件实行会议制度。

委员会由主任委员、副主任委员和委员组成。其中主任委员由医疗保障行政部门负责人担任，副主任委员由医疗保障行政部门分管法制工作和行政执法工作负责人担任，委员由相关工作人员组成。根据需要，可增加其他与案件审核有关的人员。

第二章 管 辖

第九条 县（市）域内发生的行政执法案件由县（市）医疗保障行政部门管辖，市区内发生的行政执法案件由市级医疗保障行政部门管辖。各级医疗保障行政部门要严格执行落实“双随机、一公开”管理机制。法律、法规、规章另有规定的，从其规定。

对当事人的同一违法行为，发生交叉管辖时，由先立案的县（市）医疗保障行政部门管辖。医疗保障异地就医的违法行为，由就医地医疗保障行政部门调查处理。仅参保人员违法的，由参保地医疗保障行政部门调查处理。

1. 两个以上县（市）医疗保障行政部门因管辖权发生争议的，应当自发生争议之日起七个工作日内协商解决；协商不成的，报请市级医疗保障行政部门指定管辖。
2. 市级医疗保障行政部门认为有必要时，可以直接管辖县（市）医疗保障行政部门管辖的案件，也可以将本部门管辖的案件交由县（市）医疗保障行政部门管辖。法律、法规、规章明确规定的除外。
3. 县（市）医疗保障行政部门发现所查处的案件属于其他医疗保障行政部门或其他行政管理部门管辖的，应当依法移送。受移送的医疗保障行政部门对管辖权有异议的，应当报请市级医疗保障行政部门指定管辖，不得再自行移送。

第三章 行政处罚的普通程序

第十三条 医疗保障行政执法部门对依据监督检查职权或者通过投诉、举报、其他部门移送、上级交办等途径发现的违法行为线索，应当自发现线索或者收到材料之日起15个工作日内予以核查，并决定是否立案；特殊情况下，经医疗保障行政部门负责人批准后，可以延长十五个工作日。

鉴定、检验等所需时间，不计入前款规定期限。

第十四条 行政执法中发现违法行为涉嫌犯罪的，由各医疗保障行政执法部门依照有关规定将案件移送违法行为发生地司法机关。

第十五条 立案应符合下列条件：

（一）有明确的违法嫌疑人；

（二）经核查认为存在涉嫌违反医疗保障监督管理法律、法

规、规章规定，应当给予行政处罚的行为；

（三）属于本部门管辖。

符合立案标准的，应当及时立案。

立案应当填写立案审批表，由办案机构负责人指定2名以上执法人员负责调查处理。

1. 经初步核查，不予立案的，填写不予立案审批表，说明核查情况及不予立案的理由，经办案机构负责人审批，报医疗保障行政部门分管行政执法工作负责人批准。

立案后发现不符合立案条件，撤销立案的，填写撤销立案审批表，说明核查情况及撤销立案的理由，经办案机构负责人审批，报医疗保障行政部门分管行政执法工作负责人批准。

第十七条 办案机构依法进行监督检查时，需要行使《中华人民共和国社会保险法》第七十七条所列职权的，应当向公民、法人或者其他组织出具检查通知书。检查通知书由医疗保障行政部门负责人签发，并加盖本机关印章。

医疗保障行政执法部门对定点医疗机构进行现场检查前，原则上需要拟定检查方案，明确检查时间、检查方式、检查内容和范围等，经分管行政执法工作负责人审定后执行。

第十八条 立案后，执法人员应当对案件进行全面调查，依法收集认定案件事实的相关证据，确保证据的真实性、合法性和关联性。立案前核查过程中依法取得的证据，可以作为认定事实的依据。

执法人员调查或进行检查时不得少于2人。首次向违法嫌疑对象收集调取证据的，应当告知其享有陈述权、申辩权以及申请回避的权利。

第十九条 除依据《中华人民共和国行政处罚法》第五十一条规定的可以当场作出的行政处罚外，办案机构发现公民、法人或者其他组织有依法应当给予行政处罚的行为的，必须全面、客观、公正地调查，收集有关证据；必要时，依照法律、法规的规定，可以进行检查。

医疗保障行政执法部门及参与案件办理的有关单位和人员对调查或者检查过程中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私应当依法保密。不得将调查或者检查过程中获取、知悉的被调查或者被检查对象的资料或者相关信息用于医疗保障基金使用监督管理以外的其他目的，不得泄露、篡改、毁损、非法向他人提供当事人的个人信息和商业秘密。

第二十条 医疗保障行政部门开展行政执法，可以采取下列措施：

（一）进入被调查对象有关的场所进行检查，询问与调查事项有关的单位和个人，要求其对有关问题作出解释说明、提供有关材料；

（二）采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式收集有关情况和资料；

（三）从相关信息系统中调取数据，要求被检查对象对疑点数据作出解释和说明；

（四）对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存；

（五）聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助开展检查；

（六）法律、法规规定的其他措施。

第二十一条 办案人员应当依法收集证据。证据包括：

（一）书证；

（二）物证；

（三）视听资料；

（四）电子数据；

（五）证人证言；

（六）当事人的陈述；

（七）鉴定意见；

（八）勘验笔录、现场笔录。

立案前核查或者监督检查过程中依法取得的证据材料，可以作为案件的证据使用。

对于移送的案件，移送机关依职权调查收集的证据材料，可以作为案件的证据使用。

证据经查证属实，作为认定案件事实的根据。

当允许其更正或者补充。涂改部分应当由被询问人签名、盖章或者以其他方式确认。经核对无误后，由被询问人在笔录上逐页签名、盖章或者以其他方式确认。办案人员应当在笔录上签名。

第二十二条 办案人员在进入现场检查时，应当通知当事人或者有关人员到场，并按照有关规定采取拍照、录音、录像等方式记录现场情况。现场检查应当制作现场笔录，并由当事人或者有关人员以逐页签名或盖章等方式确认。

无法通知当事人或者有关人员到场，当事人或者有关人员拒绝接受调查及签名、盖章或者拒绝以其他方式确认的，办案人员应当在笔录或者其他材料上注明情况。

第二十三条 收集、调取的书证、物证应当是原件、原物。调取原件、原物有困难的，可以提取复制件、影印件或者抄录件，也可以拍摄或者制作足以反映原件、原物外形或者内容的照片、录像。复制件、影印件、抄录件和照片、录像由证据提供人核对无误后注明与原件、原物一致，并注明取证日期、证据出处，同时由证据提供人签名或者盖章。

第二十四条 收集、调取的视听资料应当是有关资料的原始载体。调取视听资料原始载体有困难的，可以提取复制件，并注明制作方法、制作时间、制作人等。声音资料应当附有该声音内容的文字记录。视听资料制作记录、声音文字记录同时由证据提供人核对无误后签名或者盖章。

第二十五条 医疗保障行政执法部门可以利用网络信息系统或者设备收集、固定违法行为证据。用来收集、固定违法行为证 据的网络信息系统或者设备应当符合相关规定，保证所收集、固定电子数据的真实性、完整性。

医疗保障行政执法部门可以指派或者聘请具有专门知识的人员，辅助办案人员对案件关联的电子数据进行调取。

收集、调取的电子数据应当是有关数据的原始载体。收集电子数据原始载体有困难的，可以采用拷贝复制、委托分析、书式固定、拍照录像等方式取证，并注明制作方法、制作时间、制作人等。

医疗保障行政执法部门利用电子技术监控设备收集、固定违法事实的，证据记录内容应符合法律、法规的规定。

第二十六条 办案人员可以询问当事人及其他有关单位和个人。询问应当个别进行。询问应当制作笔录，笔录应当交被询问人核对；对阅读有困难的，应当向其宣读。笔录如有差错、遗漏，应当允许其更正或者补充。涂改部分应当由被询问人签名、盖章或者以其他方式确认。经核对无误后，由被询问人在笔录上逐页签名、盖章或者以其他方式确认。办案人员应当在笔录上签名。

第二十七条 为查明案情，需要对案件相关医疗文书、医疗证明等内容进行评审的，医疗保障行政部门可以组织有关专家进行评审。

第二十八条 执法人员可以要求当事人及其他有关单位和个人在一定期限内提供证明材料或者与涉嫌违法行为有关的其他材料，并由材料提供人在有关材料上签名或盖章。

第二十九条 为查明案情，需要对案件中专门事项进行鉴定、检验的，应当委托具有法定资质的机构进行；没有法定资质机构的，可以委托其他具备条件的机构进行。鉴定、检验结果应当告知当事人。

第三十条 医疗保障行政执法部门在收集证据时，在证据可能灭失或者以后难以取得的情况下，经医疗保障行政部门负责人批准，可以先行登记保存，并应当在七个工作日内及时作出处理决定。

情况紧急，需要当场采取先行登记保存措施的，执法人员应当在二十四小时内向医疗保障行政部门负责人报告，并补办批准手续。医疗保障行政部门负责人认为不应当采取先行登记保存措施的，应当立即解除。

先行登记保存有关证据，应当当场清点，开具清单，由当事人和办案人员签名或者盖章。清单交当事人一份，并当场交付先行登记保存决定书。

先行登记保存期间，当事人或者有关人员不得损毁、销毁或者转移证据。

第三十一条 对于先行登记保存的证据，办案机构可以根据案件需要采取以下处理措施：

（一）根据情况及时采取记录、复制、拍照、录像等证据保 全措施；

（二）可依法采取封存措施的，决定予以封存；

（三）违法事实不成立，或者违法事实成立但不予行政处罚的，决定解除先行登记保存措施。

逾期未采取相关措施的，先行登记保存措施自动解除。

第三十二条 医疗保障行政执法部门对可能被转移、隐匿或者灭失的资料，无法以先行登记保存措施加以证据保全，采取封存措施；采取或者解除封存措施的，应当经医疗保障行政部门负责人批准。

情况紧急，需要当场采取封存等行政强制措施的，执法人员应当在二十四小时内向医疗保障行政部门负责人报告，并补办批准手续。医疗保障行政部门负责人认为不应当采取行政强制措施的，应当立即解除。

第三十三条 实施封存等行政强制措施应当依照《中华人民共和国行政强制法》规定的程序进行，并当场交付实施行政强制措施决定书和清单。

第三十四条 封存的期限不得超过三十日；情况复杂的，经医疗保障行政部门负责人批准，可以延长，但是延长期限不得超过三十日。延长封存的决定应当及时书面告知当事人，并说明理由。

对封存资料需要进行鉴定、检验的，封存期间不包括鉴定、检验的期间。

第三十五条 封存的资料应妥善保管，防止丢失、损毁、篡改和非法借阅；医疗保障行政部门可以委托第三人保管，第三人不得损毁、篡改或者擅自转移、处置。

封存的资料，应当加贴印有医疗保障行政部门全称的封条，任何人不得随意动用。

第三十六条 有下列情形之一的，应当及时作出解除封存决定：

（一）当事人没有违法行为；

（二）封存的资料与违法行为无关；

（三）对违法行为已经作出处理决定，不再需要封存；

（四）封存期限已经届满；

（五）其他不再需要采取封存措施的情形。

解除封存应当立即退还资料，并由办案人员和当事人在资料清单上签名或者盖章。

第三十七条 医疗保障行政部门应当依法以文字、音像等形式，对行政处罚的立案、调查取证、审核决定、送达执行等进行全过程记录，归档保存。

第三十八条 执法人员在调查取证过程中，无法通知当事人，当事人不到场或者拒绝接受调查，当事人拒绝签名、盖章或者以其他方式确认的，执法人员应当在笔录或者其他材料上注明情况，并采取录音、录像等方式记录，必要时可以邀请有关人员作为见证人。

第三十九条 案件调查终结，执法人员应当撰写调查终结报告，连同案件材料送交法制机构审核。案件调查终结报告包括以下内容：

（一）当事人的基本情况；

（二）案件来源、调查经过及采取行政强制措施的情况；

（三）调查认定的事实及主要证据；

（四）违法行为性质；

（五）处理意见及依据；

（六）其他需要说明的事项。

第四十条 案件审核由承担法制工作的人员负责实施。办案人员不得作为审核人员。

第四十一条 办案人对送审材料真实性、准确性、完整性，以及行政处罚的事实、证据、法律适用、程序的合法性负责。

第四十二条 有下列情形之一，在医疗保障行政部门负责人作出决定之前，应当进行法制审核，未经法制审核或者审核未通过的，不得作出决定：

（一）责令追回医保基金或者罚款数额较大的；

（二）责令解除医保服务协议等直接关系到当事人或第三人重大权益，经过听证程序的；

（三）案件情况疑难复杂、涉及多个法律关系的；

（四）涉及重大公共利益的；

（五）法律、法规规定的其他需要审核的重大行政执法情形。

第四十三条 法制审核的主要内容包括：

（一）行政执法主体是否合法，行政执法人员是否具备执法资格；

（二）是否具有管辖权；

（三）案件事实是否清楚、证据是否充分；

（四）定性是否准确；

（五）适用依据是否正确；

（六）程序是否合法；

（七）处理是否适当；

（八）行政执法文书是否完备、规范；

（九）违法行为是否涉嫌犯罪、需要移送司法机关；

（十）其他需要合法性审核的内容。

第四十四条 法制机构经对案件进行审核，区别不同情况提出书面意见和建议：

（一）事实清楚、证据确凿充分、定性准确、适用法律正确、处罚适当、程序合法的，提出同意的意见；

（二）主要事实不清、证据不足的，提出继续调查或不予作出行政执法决定的意见；

（三）定性不准、适用法律不准确和执行裁量基准不当的，提出变更意见；

（四）超越执法权限或程序不合法的，提出纠正意见；

（五）认为有必要提出的其他意见和建议。

执法机构或办案人员应根据法制机构提出的上述第二项至第四项意见作出相应处理后再次进行法制审核。

第四十五条 法制机构收到相关资料后，于十个工作日内审核完毕。因特殊情况需要延长的，经法制机构负责人批准后可延长十个工作日，但不得超过法定时限要求。

第四十六条 根据调查情况，拟给予行政处罚的案件，医疗保障行政部门在作出行政处罚决定之前应当书面告知当事人拟作出行政处罚决定的事实、理由及依据，并告知当事人依法享有陈述权、申辩权。

医疗保障行政部门应当充分听取当事人陈述、申辩意见，对当事人提出的事实、理由和证据进行复核。

拟作出的行政处罚属于听证范围的，应当告知当事人有要求举行听证的权利，当事人要求听证的，医疗保障行政部门应当依法组织听证。

当事人提出的事实、理由或者证据成立的，医疗保障行政部门应当予以采纳，不得因当事人陈述、申辩或者申请听证而加重行政处罚。

当事人对行政处罚告知内容未提出陈述、申辩或在法定期限内未要求听证的，视为放弃此权利。

第四十七条 有下列情形之一的，经医疗保障行政部门负责人批准，中止案件调查，并制作案件中止调查决定书：

（一）行政处罚决定必须以相关案件的裁判结果或者其他行政决定为依据，而相关案件尚未审结或者其他行政决定尚未作出；

（二）涉及法律适用等问题，需要送请有权机关作出解释或者确认；

（三）因不可抗力致使案件暂时无法调查；

（四）因当事人下落不明致使案件暂时无法调查；

（五）其他应当中止调查的情形。

中止调查的原因消除后，应当立即恢复案件调查。

第四十八条 医疗保障行政部门负责人经对案件调查终结报告、法制审核意见、当事人陈述和申辩意见或者听证报告等进行审查，根据不同情况，分别作出以下决定：

（一）确有依法应当给予行政处罚的违法行为的，根据情节轻重及具体情况，作出行政处罚决定；

（二）确有违法行为，但有依法不予行政处罚情形的，不予行政处罚；

（三）违法事实不能成立的，不得给予行政处罚；

（四）依法应移送其他行政管理部门或者医疗保障经办机构处理的，作出移送决定；

（五）违法行为涉嫌犯罪的，移送司法机关。

第四十九条 医疗保障行政部门实施行政处罚时，应当责令当事人立即改正或者限期改正违法行为。

第五十条 适用普通程序办理的案件应当自立案之日起九十日内作出处理决定。

因案情复杂或者其他原因，不能在规定期限内作出处理决定的，经医疗保障行政部门分管行政执法工作负责人批准，可以延长三十日。

案情特别复杂或者有其他特殊情况，经延期仍不能作出处理决定的，应当由医疗保障行政部门负责人集体讨论决定是否继续延期，决定继续延期的，应当同时确定延长的合理期限，但最长不得超过六十日。

案件处理过程中，检测检验、鉴定、听证、公告和专家评审时间不计入前款所指的案件办理期限。

第五十一条 医疗保障行政部门作出的行政处罚决定应当按照政府信息公开及行政执法公示制度等有关规定予以公开。公开的行政处罚决定被依法变更、撤销、确认违法或者确认无效的，医疗保障行政部门应在三日内变更行政处罚决定相关信息并说明理由。

第五十二条 具有下列情形之一的，经医疗保障行政部门负责人批准，终止案件调查：

（一）涉嫌违法的公民死亡（或者下落不明长期无法调查的）或者法人、其他组织终止，并且无权利义务承受人等原因，致使案件调查无法继续进行的；

（二）移送司法机关追究刑事责任的；

（三）其他依法应当终止调查的。

对于终止调查的案件，已经采取强制措施的应当同时解除。

第四章 行政处罚的简易程序

第五十三条 违法事实确凿并有法定依据，对公民处以二百元以下、对法人或者其他组织处以三千元以下罚款或者警告的行政处罚的，可以当场作出行政处罚决定。

第五十四条 适用简易程序当场查处违法行为，办案人员应当向当事人出示执法证件，填写预定格式、编有号码的行政处罚决定书，并当场交付当事人。当事人拒绝签收的，应当在行政处罚决定书上注明。

第五十五条 办案人员在行政处罚决定作出前，应当告知当事人拟作出的行政处罚内容及事实、理由、依据，并告知当事人有权进行陈述和申辩。当事人进行陈述和申辩的，办案人员应当记入笔录。

第五十六条 适用简易程序当场作出行政处罚决定的，办案人员应当在作出行政处罚决定之日起七个工作日内将处罚决定及相关材料报所属医疗保障行政部门备案。

第五章 执行与结案

第五十七条 依照本法规定当场作出行政处罚决定，有下列情形之一的，办案人员可以当场收缴罚款：

（一）依法给予一百元以下的罚款的；

（二）不当场收缴事后难以执行的。

办案人员当场收缴罚款的，必须向当事人出具国务院财政部门或者省、自治区、直辖市人民政府财政部门统一制发的专用票据；不出具财政部门统一制发的专用票据的，当事人有权拒绝缴纳罚款。

办案人员当场收缴的罚款，应当自收缴罚款之日起二个工作日内，交至医疗保障行政部门；医疗保障行政部门应当在二个工作日内将罚款缴付指定的银行。

第五十八条 退回的基金退回原医疗保障基金财政专户；罚款、没收的违法所得依法上缴国库。

行政处罚决定依法作出后，当事人应当在行政处罚决定的期限内予以履行。

当事人对行政处罚决定不服申请行政复议或者提起行政诉讼的，行政处罚不停止执行，法律另有规定的除外。

第五十九条 当事人确有经济困难，需要延期或者分期缴纳罚款的，应当提出书面申请。经医疗保障行政部门负责人批准，同意当事人延期或者分期缴纳罚款的，应当书面告知当事人延期或者分期的期限。

第六十条 当事人逾期不履行行政处罚决定的，医疗保障行政部门可以采取下列措施：

（一）到期不缴纳罚款的，每日按罚款数额的百分之三加处罚款，加处罚款的数额不得超出罚款的数额；

（二）依照《中华人民共和国行政强制法》的规定申请人民法院强制执行。

局机关批准暂缓、分期缴纳罚款的，申请人民法院强制执行的期限，自暂缓或者分期缴纳罚款期限结束之日起计算。

第六十一条 有下列情形之一的，可以结案：

（一）行政处罚决定执行完毕的；

（二）医疗保障行政部门依法申请人民法院强制执行行政处罚决定，人民法院依法受理的；

（三）不予行政处罚等无须执行的；

（四）医疗保障行政部门认为可以结案的其他情形。

办案人员应当填写结案审批表，经医疗保障行政部门分管行政执法工作负责人批准后，予以结案。

第六十二条 医疗保障行政部门应当按照下列要求及时将行政处罚、行政检查等案件材料立卷归档：

（一）一案一卷；

（二）文书齐全，手续完备；

（三）案卷应当按顺序装订。

第六章 期间与送达

第六十三条 期间以时、日、月计算，期间开始的时或者日不计算在内。期间不包括在途时间。期间届满的最后一日为法定节假日的，以法定节假日后的第一日为期间届满的日期。

第六十四条 行政处罚决定书应当在宣告后当场交付当事人；当事人不在场的，医疗保障行政部门应当在七个工作日内依照《中华人民共和国民事诉讼法》的有关规定，将行政处罚决定书送达当事人。

当事人同意并签订确认书的，医疗保障行政部门可以采用传真、电子邮件等方式，将行政处罚决定书等送达当事人。

第七章 附 则

第六十五条 本规定中的“以上”“以下”“内”均包括本数。

第六十六条 外国人、无国籍人、外国组织在中华人民共和

国领域内有医疗保障违法行为，应当给予行政处罚的，适用本规定，法律、法规另有规定的除外。

第六十七条 行政处罚执法文书样式及制作规则依照国家医疗保障局《医疗保障行政执法文书制作指引与文书样式》的规定执行，行政检查文书样式及制作规则依照司法部《行政检查文书基本格式文本（试行）》的规定执行。所列文书种类及内容不能满足实际行政执法活动需要的，市医疗保障法制机构另行制定。各县（市）医疗保障局可参照本文本样式。

第六十八条 本规定由市医疗保障法制机构负责解释。

第六十九条 本规定自印发之日起执行，试行5年。《哈尔滨市医疗保障局行政执法程序暂行规定》(哈医保发〔2020〕15号)同时废止。

附件：1.执法文书制作的基本要求

1. 哈尔滨市医疗保障领域行政执法文书样式

附件1

# 执法文书制作的基本要求

## 

## 一、执法文书制作技术要求

（一）文书的排版

文书制作应当合法规范、客观全面、及时准确，符合相关要求，尽可能使用计算机制作。采用计算机制作的，制作、打印文书时，参照《党政机关公文格式》。为使文书排版精简、美观，制发文书时也可根据具体情况适当调整字号、行距。

表格及填充式文书尽量一页排完。落款需加盖公章的文书，公章与正文尽可能同处一页；文书页数在2页或2页以上的，需标注页码。

（二）文书的文号

文书的文号“ 医保 字〔20xx〕第 号”应当按照以下要求填写：“ 医保”处填写制作法律文书的医疗保障行政机关代字；“〔20xx〕”处填写年度；“第 号”处填写该文书的顺序编号。

（三）文书的填写

文书可以直接电脑打印或手工填写。手填的，应当使用黑色水笔、钢笔和能够长期保持字迹的墨水，做到字迹清楚、文字规范、文面整洁。文书设定的栏目，应当逐项填写，空项用“/”斜杠处理；摘要填写的，应当简明、准确；有选择项的应当根据需要勾选，文书中“□”表示其内容供选择，在选定的“□”中打“√”，选择“其他”的，还应当在随后的横线处填写具体内容。文书样式中的“/”表示制作文书时应在其前后内容中进行选择，同时删去其他选项。

文书中的记录内容应当具体详细，涉及案件关键事实和重要线索的，应当尽量记录原话。记录中应当避免使用推测性词句，防止发生词句歧义。描述方位、状态的记录，应当依次有序、准确清楚。

填写法律依据时应当写明所依据的法律、法规和规章的全称，并具体到条、款、项。

文书中的法律救济途径告知部分应当在相应的横线处写明当事人申请行政复议的具体行政复议机关名称或者提起行政诉讼的具体人民法院名称以及申请行政复议或者提起行政诉讼的期限。

（四）确认、签名和加盖印章

文书主要可分为“填充式”文书和“文字叙述式”文书。涉及“文字叙述式”记录的文书，应当场交有关当事人审阅或者直接向当事人宣读，并由当事人逐页签字确认。当事人认为记录有遗漏或者有差错的，应当提出补充和修改意见，并在改动处用指纹或印鉴覆盖，当事人认为内容真实无误的，应在笔录上注明“笔录上述内容已阅，记录与我说的相符”或者“以上笔录记载与本人口述无误”等意思的语句，并签名、注明日期。

需要当事人签名确认的文书应当由其本人签名，不能签名的，可以捺指印；属于单位的，由法定代表人、主要负责人或者其授权的人签名，或者加盖单位印章。

文书内容不得涂改，必须更正的，应当由当事人签名或捺指印确认，或者重新制作。

文书末尾应当按照要求写明出具文书的医疗保障行政执法机关名称，并加盖该机关的公章。

（五）清单

各种清单中“编号”栏，一律使用阿拉伯数字填写，按材料、物品的排列顺序从“1”开始逐次填写；“名称”栏填写材料、物品的名称；“数量”栏填写材料、物品的数量，使用阿拉伯数字填写；“规格”栏填写材料、物品的具体规格；“型号”栏填写材料、物品的具体型号；“备注”栏可另外填写材料、物品的品牌、颜色、新旧等特点。表格多余部分应当用“/”斜杠划掉。

## 二、必要文书和选用文书

在行政执法案卷中，有些文书是大部分案卷中均应收录的，在此称为“必要文书”，例如，在行政处罚案卷中，通常都包括《行政处罚决定书》。另外有些文书只是在部分案卷中需要收录的，在此称为“选用文书”，例如，仅在需要其他机关协助调查时，才需要制作和收录《协助调查函》。在本报告中，在选用文书的名称前加☆，表示该文书为选用文书。

（一）行政检查

在行政检查案卷中，必要文书包括：《行政检查案卷封面》、《卷内文件目录》、《行政检查审批表》、《现场检查通知书》、《检查笔录》、《现场检查报告》。

检查中发现属于本机关管辖的违法行为并责令改正的，选用《行政处理决定书》、《责令改正情况复查表》。检查中发现不属于本机关管辖的违法行为的，选用《移送案件涉案物品清单》、《案件移送函》或《涉嫌犯罪案件移送函》。

（二）行政强制

在行政执法人员调查取证时，可能采取行政强制措施，例如先行登记保存或查封、扣押。对于实施先行登记保存的案件，选用《案件处理审批表》、《先行登记保存决定书》、《先行登记保存证物处理决定书》；对于实施查封、扣押的案件，选用《查封（扣押）决定书》、《解除查封（扣押）决定书》，涉及延长查封、扣押期限的，还应选用《延长查封（扣押）决定书》。以上决定书均需附有物品清单。

（三）行政处罚

在行政处罚案卷中，对于立案调查并最终作出行政处罚决定的案件，必要文书包括：《行政处罚案卷封面》、《卷内文件目录》、《案件来源登记表》、《立案审批表》、《立案通知书》、《送达地址确认书》、《询问笔录》、《调取证据材料通知书》、《证据清单》、《调查终结报告》、《行政处罚事先告知书》、《行政处罚决定书》、《结案审批表》、《送达回证》。

依当事人申请举行听证的案件，选用《听证通知书》、《听证笔录》和《听证报告》，公开举行听证的，还应选用《听证公告》。

当事人未在要求的时间内履行义务的，应选用《督促履行义务催告书》，经催告仍不履行义务的，选用《行政处罚强制执行申请书》，申请人民法院强制执行。

附件2

哈尔滨市医疗保障领域行政执法文书样式

哈尔滨市医疗保障局

2025年7月

哈尔滨市医疗保障局

### 行政处罚案卷

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 案件名称 |  | | |
| 执法机构 |  | | |
| 行政处理  决定类型 | □行政处罚 □责令改正违法行为  □不予处罚 □撤销案件  □涉嫌犯罪移送司法机关 □移送其他行政机关、经办机构  □终止调查 □其他 | | |
| 立 案 号 |  | | |
| 立 卷 人 |  | 本卷页数 | 共　 页 |
| 归档日期 | 年 月 日 | 保管期限 |  |

哈尔滨市医疗保障局

**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 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |

哈尔滨市医疗保障局

**案件来源登记表**

登记号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 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 | |  | | | |

注：可根据不同案件来源后附相关材料清单。

哈尔滨市医疗保障局

☆**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 |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  | 住址 |  |
| 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，应当保密。

哈尔滨市医疗保障局

**立案（不予立案）审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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：  核查人员：  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 | | | | | | |
| ☆分管负责人意见 | | 分管负责人：  年 月 日 | | | | | | |

哈尔滨市医疗保障局

**撤销立案审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  及撤销立案理由 | | 案由：  主要事实：  撤销立案的依据：  核查人员：  年 月 日 | | | | | | |
| 执法部门  负责人  意见 | | □同意撤销立案  □  执法部门负责人：  年 月 日 | | | | | | |
| 分管负责人意见 | | 分管负责人：  年 月 日 | | | | | | |

哈尔滨市医疗保障局

**立案通知书**

哈医保立通字〔20××〕第 号

:

经初步调查，你（单位） 的行为涉嫌违反了 的规定，本机关决定对你（单位）立案调查，立案号： 。调查终结后，本机关将依法作出处理。

依照《行政处罚法》第五十五条的规定，作为本案当事人，你（单位）有义务如实回答本机关的询问，并协助本机关依法开展调查或者检查，不得阻挠。

依照《行政处罚法》第四十五条的规定，作为本案当事人，你（单位）有权进行陈述和申辩。在本机关调查期间，你（单位）可以提出你的事实、理由或者证据。本机关将对你（单位）提出的意见进行复核；你（单位）提出的事实、理由或者证据成立的，本机关将予以采纳。特此通知。

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式3份，一份随卷归档，一份交当事人，一份本机关留存。）

哈尔滨市医疗保障局

**不予立案告知书**

哈医保不立告字〔20××〕第 号

：

□经查，你机关于 年 月 日向本机关交办/移送的

一案/案件线索不符合立案条件，具体情形如下：

□经查，你于 年 月 日向本机关投诉/举报的

一案/案件线索不符合立案条件，具体情形如下：

□不属于本机关的管辖范围；

□超过行政处罚追诉时效；

□案件线索涉及的行为不构成违法；

□移送案件已经处理过的；

□其他 。

依据 规定，本机关决定，不予立案。

特此告知。

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达上级交办机关或移送机关或投诉举报人，一份随卷归档，一份本机关留存。）

哈尔滨市医疗保障局

**撤销立案告知书**

哈医保撤立告字〔20××〕第 号

：

□经查，你机关于 年 月 日向本机关交办/移送的

一案/案件线索不符合立案条件，具体情形如下：

□经查，你于 年 月 日向本机关投诉/举报的

一案/案件线索不符合立案条件，具体情形如下：

□不属于本机关的管辖范围；

□超过行政处罚追诉时效；

□案件线索涉及的行为不构成违法；

□移送案件已经处理过的；

□其他 。

依据 规定，本机关决定，撤销立案。

特此告知。

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达上级交办机关或移送机关或投诉举报人，一份随卷归档，一份本机关留存。）

哈尔滨市医疗保障局

**送达地址确认书**

哈医保送确字〔20××〕第 号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 案由 |  | | | 立案号 |  |
| 受送达人填写送达地址确认书的告知事项 | 1. 为便于受送达人及时收到法律文书，保证执法程序顺利进行，受送达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；受送达人未及时告知的，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。 | | | | |
| 受送达人 | 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 | | | |
| 受送达人对自己送达地址的确认 | 我已经知悉上述告知事项，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。  受送达人签名、盖章或捺指印：  年 月 日 | | | | |
| 执法人员  签名 | 年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |

☆**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）：

被委托人姓名：

身份证号码：

联系电话 ：       住址：

委托人因 一案/一事，现委托 作为代理人办理如下事项：

□代理委托人接受调查；

□代理委托人接受约谈；

□代理委托人申请回避、进行陈述申辩、申请听证等；

□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：从本文书生效之日起到 一案/一事终结之日止。

对被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

哈尔滨市医疗保障局

调取证据材料通知书

哈医保调通字〔20××〕第 号

：

因调查 一案的需要，根据《行政处罚法》第五十六条和《社会保险法》第七十九条第二款的规定，

□请你（单位）配合将下列证据材料按照通知书下方提供的联系人、联系电话、联系地址寄至我机关：

□现由 、 2 名人员前来你（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：

哈尔滨市医疗保障局（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达证据持有人，一份承办机构留存，一份随卷归档。）

哈尔滨市医疗保障局

☆**协助调查函**

哈医保协字〔20××〕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 个工作日内完成以上调查工作，并在调查终结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终结报告一并移交本机关。如移交的证据为复印件，需注明原件保存地点，并加盖贵单位公章。若贵单位无法协助或需延期完成，请在期限届满前函告本机关。望支持为盼！

联系人：

联系电话：

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（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。）

哈尔滨市医疗保障局

**证据清单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 证据名称 | 证据类别 | 取证时间及地点 | 调查人员 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

第 页 共 页

☆**先行登记保存决定书**

哈医保登处字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称（单位）：

当事人住址或住所（单位）：

当事人身份证号码或统一社会信用代码（单位）：

（当事人为单位）法定代表人（负责人）：

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《行政处罚法》第五十六条的规定，本机关决定对你（单位）下列物品（详见《先行登记保存证物清单》）予以先行登记保存。先行登记保存证物自 年 月 日至 年 月 日，由 负责保管，存放于 。

在保存期间，未经本机关批准，当事人或者有关人员不得销毁或者转移上述登记保存物品。

附件：先行登记保存证物清单

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式四份，一份交当事人，一份随卷归档，一份随登记保存的证物备查，一份本机关留存。）

哈尔滨市医疗保障局

☆**先行登记保存证物处理决定书**

哈医保登存字〔20××〕第 号

当事人姓名或名称（单位）：

当事人身份证号码或统一社会信用代码（单位）：

当事人住址或住所（单位）：

（单位）法定代表人（负责人）：

本机关于 年 月 日向你（单位）送达《先行登记保存决定书》（哈医保登处字〔20××〕第 号），对 等物品进行先行登记保存，存放于 。

现因 ，决定根据《行政处罚法》第五十六条规定对《先行登记保存决定书》载明的物品（详见《先行登记保存证物清单》）作如下处理：

□解除先行登记保存 □查封 □扣押

□移送至 。

□其他 。

如你（单位）不服本决定，可以在收到本决定书之日起六十日内向哈尔滨市 人民政府申请行政复议；也可以在收到本决定书之日起六个月内直接向 哈尔滨铁路运输法院提起行政诉讼。

附件：先行登记保存证物处理清单

处理时间： 年 月 日

处理地点：

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份。一份交当事人，一份随卷归档，一份本机关留存。）

哈尔滨市医疗保障局

☆**先行登记保存证物/处理清单**

当事人姓名或名称：

现场负责人姓名： 身份证号：

代理人姓名： 身份证号：

主文书名称及文号：

执法人员及执法证编号： 、

见证人姓名： 身份证号：

证物清单：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 规格 | 数量 | 型号 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

上述物品资料品种、数量经核对无误，请确认：

当事人（代理人或现场负责人）（签名）： 年 月 日

执法人员（签名）： 、 年 月 日

见证人（签名）： 年 月 日

（本文书一式四份，一份交当事人，一份随卷归档，一份随相关证物备查，一份本机关留存。）

哈尔滨市医疗保障局

☆**查封（扣押）决定书**

哈医保查（扣）字〔20××〕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）：

经查，发现你（单位）实施了 违法行为。以上事实，有 等证据为凭。本机关认为，你（单位）涉嫌违反 的规定，根据 的规定，现决定对你（单位）的有关场所、设施或物品予以查封（扣押）（详见《查封（扣押）清单》）。查封（扣押）期限为自 年 月 日至 年 月 日。查封（扣押）物品由 负责保管，存放于 ，联系电话 。

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）清单所列场所、设施或物品。

你（单位）可对本决定进行陈述和申辩（或申请听证）。

如不服本决定，可以在收到本决定书之日起六十日内向哈尔滨市人民政府申请行政复议；也可以在收到本决定书之日起六个月内向哈尔滨铁路运输法院提起行政诉讼。申请行政复议或者提起行政诉讼，不停止本决定的执行。

附：查封（扣押）物品清单

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式四份。一份交当事人，一份随卷归档，一份随查封或扣押的场所、设施或物品备查，一份本机关留存。）

哈尔滨市医疗保障局

☆**延长查封（扣押）决定书**

哈医保延查（扣）字〔20××〕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）：

因你（单位）涉嫌 的违法行为，本机关于 年

月 日向你（单位）送达《查封（扣押）决定书》（文号 ），对 进行查封（扣押），存放于 。

现因 ，根据《行政强制法》第二十五条第一款的规定，本机关依法决定延长查封（扣押）期限，延长期限自 年 月 日起至 年 月 日止。

你（单位）可对本决定进行陈述和申辩（或申请听证）。

如不服本决定，可以在收到本决定书之日起六十日内向哈尔滨市人民政府申请行政复议；也可以在收到本决定书之日起六个月内向哈尔滨铁路运输法院提起行政诉讼。申请行政复议或者提起行政诉讼，不停止本决定的执行。

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份交当事人，一份随卷归档，一份由本机关留存。）

哈尔滨市医疗保障局

☆**解除查封（扣押）决定书**

哈医保解查（扣）字〔20××〕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：

（单位）法定代表人（负责人）：

本机关于 年 月 日向你（单位）送达《查封（扣押）决定书》（文号 ）（以及于 年 月 日，向你（单位）送达《延长查封（扣押）期限决定书》（文号 ）），对

等物品进行查封（扣押），存放于 。

现因 ，根据《行政强制法》第二十八条第一款的规定，本机关决定，自 年 月 日起，对 予以解除查封（扣押）措施。

其中需退还你（单位）的物品，请你（单位）于 年 月 日前凭本决定书及解除查封（扣押）物品清单到 取回。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

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份交当事人，一份随卷归档，一份由本机关留存。）

哈尔滨市医疗保障局

☆**（解除）查封（扣押）物品清单**

当事人姓名或名称：

现场负责人姓名： 身份证号：

代理人姓名： 身份证号：

执法人员及执法证编号： 、

见证人姓名： 身份证号：

主文书名称及编号：

（解除）查封（扣押）清单：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 规格 | 数量 | 型号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

上述物品资料品种、数量经核对无误，请确认：

当事人（代理人或现场负责人）（签名）： 年 月 日

执法人员（签名）： 、 年 月 日

见证人（签名）： 年 月 日

（本文书一式四份，一份交当事人，一份随卷归档，一份随查封或扣押的物品资料备查，一份由本机关留存。）

第 页 共 页

哈尔滨市医疗保障局

**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： 身份证号码：

工作单位： 联系电话：

住址：

询问人： 、 记录人：

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）：我们是哈尔滨市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。全部询问将记入书面询问笔录。如作虚假陈述的，将视情节轻重承担相应的法律责任，是否清楚？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

第 页 共 页

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

第 页 共 页

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

第 页 共 页

哈尔滨市医疗保障局

### 责令改正通知书

哈医保责改通字〔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：

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。

×××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。）

哈尔滨市医疗保障局

☆责令改正情况复查记录

|  |
| --- |
| 当事人： |
| 原文书文号： |
| 复查时间： |
| 复查地点： |
| 现场复查情况： |
| 现场复查照片： |
| 当事人签名： |
| 见证人签名： |
| 执法人员签名： 执法证号： |
| 执法人员签名： 执法证号： |
| 备注： |

哈尔滨市医疗保障局

**案件处理审批表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请事项 | |  | | | |
| 案源 | |  | | | |
| 案由 | |  | | | |
| 当  事  人 | 个人 | 姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 单位 | 名称 |  | | |
| 法定代表人（负责人） |  | 统一社会信用代码 |  |
| 联系地址 |  | | 电话 |  |
| 简要案情、申请理由和拟做出决定内容 | | 调查人员签名：  年 月 日 | | | |
| 承办机构  负责人意见 | | 承办机构负责人签名：  年 月 日 | | | |
| 法制机构  审核意见 | | 法制机构负责人签名：  年 月 日 | | | |
| 机关负责人  审批意见 | | 机关负责人签名：  年 月 日 | | | |

哈尔滨市医疗保障局

### ☆中止调查决定书

哈医保止调字〔20××〕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（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。

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份本机关留存，一份随卷存档。）

哈尔滨市医疗保障局

### ☆恢复调查决定书

哈医保复调字〔20××〕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《中止调查决定书》（文号 ），通知你（你单位），本机关决定对你（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。

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份本机关留存，一份随卷存档。）

哈尔滨市医疗保障局

**调查终结报告**

案由： 立案号：

调查人员：

调查时间：自   年  月 日至  年  月　 日

当事人姓名或名称（单位）：

当事人身份证号或社会统一信用代码（单位）：

当事人住址或住所（单位）：

（当事人为单位时）法定代表人（负责人）：

案件由来及调查经过：

。

违法事实：

。

主要证据及证明事项：

。

当事人陈述申辩意见：

。

争议要点：

。

从轻、减轻处罚的理由：

。

处罚依据及处罚建议：当事人上述行为违反了/构成了

的规定/所指的违法行为，依据

的规定，应当予以

处罚。

调查人员（签名）：

承办部门负责人签名：

年 月 日

哈尔滨市医疗保障局

### ☆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：

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

续页/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

哈尔滨市医疗保障局

### ☆法制审核意见表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | |  |
| 裁量基准的适用是否恰当 | |  |
| 处理建议是否适当 | |  |
| 程序是否合法 | |  |
| 文书是否规范 | |  |
| 文书是否齐备 | |  |
| 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 日 | | |

哈尔滨市医疗保障局

### 行政处罚事先告知书

哈医保罚告字〔20××〕第 号

（当事人姓名或者名称） ：

年 月 日，本机关对你（单位）涉嫌 的行为予以立案调查。现查明，你（单位）（简述违法事实，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）

。

本机关认为，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，具体有（列举证据形式，阐述证据所要证明的内容）

等证据为凭。

鉴于 （裁量理由） ，现根据 （相关法律、法规、规章名称及条款序号） 的规定，本机关责令你（单位）改正上述违法行为，并拟对你（单位）做出如下行政处罚：

根据《行政处罚法》第四十五条的规定，你（单位）有权进行陈述和申辩，未提出陈述申辩意见的，视为放弃此权利。

根据《行政处罚法》第六十三条的规定，对上述拟作出的

，你（单位）有要求举行听证的权利。你（单位）如果要求听证，可以在收到本告知书之日起5日内向本机关提出举行听证的要求。逾期未提出听证申请的，视为放弃听证权利，本机关将依法作出行政处罚决定。

联系人： 联系电话：

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份归档，一份送达当事人，一份由本机关留存。）

哈尔滨市医疗保障局

**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 |  |

哈尔滨市医疗保障局

### 陈述、申辩笔录

案由：

当事人：

陈述、申辩人： 身份证号：

联系电话： 与当事人关系：

住址：

陈述、申辩时间： 年 月 日 时 分至 时 分

陈述、申辩地点：

案件调查人员1： 执法证号：

案件调查人员2： 执法证号：

记录人： 执法证号：

一、案件调查人员向当事人告知

经调查，

你（单位）该行为违反了

的规定。为此，我机关依据的规定，拟对你（单位）作出以下行政处罚：

陈述、申辩人签名： 年 月 日

案件调查人员签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

二、告知当事人依法享有的权利

根据《行政处罚法》第四十五条，当事人在本机关作出行政处罚之前，享有陈述、申辩的权利。

三、当事人陈述、申辩内容记录如下：

问：请出示您的身份证件，请问您与当事人是什么关系？您是否接受当事人委托？

答：

问：请问您的陈述、申辩内容？

答：

陈述、申辩人签名： 年 月 日

案件调查人员签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

问：您是否还需要补充？

答：

陈述、申辩人阅读确认意见：

陈述、申辩人签名： 年 月 日

案件调查人员签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

哈尔滨市医疗保障局

### ☆听证通知书

哈医保听通字〔20××〕第 号

（当事人姓名或名称） ：

根据你（单位） 年 月 日就 （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（公开/不公开）听证。请你（单位）持本通知准时出席。

本次听证主持人为 ，听证员为 、 ，记录人为 。根据《行政处罚法》第六十四条的规定，如你（单位）认为主持人、听证员是参与本案调查取证人员或与本案有利害关系，可能影响案件公正处理，有权申请回避。申请主持人或者听证员回避，应在听证举行前向本机关提出申请并说明理由。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，请你（单位）注意下列事项：

1.你（单位）可亲自参加听证，也可委托1至2名代理人参加听证。委托代理人参加听证的，应在举行听证前，提交由你（单位）签名或盖章的授权委托书、身份证原件及复印件，授权委托书应载明委托的事项、权限和期限。委托代理人代为放弃行使陈述权、申辩权和质证权的，必须有委托人的明确授权。

2.你（单位）参加听证时应携带有关证据材料。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。

3.请参加人员携带身份证件，并提交身份证复印件。

联系人： 联系电话：

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份本机关留存，一份随卷存档。）

哈尔滨市医疗保障局

### ☆听证公告

哈医保听公字〔20××〕第 号

根据《行政处罚法》第六十三条以及 （听证申请人） 于 年 月 日提交的听证申请，本机关决定于 年 月 日 时，在 （听证地点） 公开举行 （案由） 一案的听证，本案利害关系人或其他有关人员有意参加本次听证会的，请携带身份证明文件于 年 月 日至 年 月 日与本机关联系人联系：

联系人： 联系电话：

根据本机关听证场地情况，确定此次听证会参加人数不超过 人。按照受理申请的时间先后确定参加人员，逾期申请或申请时已达规定人数的，不予受理。

特此公告。

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份公开发布，一份本机关留存，一份随卷存档。）

哈尔滨市医疗保障局

### ☆听证笔录

案由： 立案号：

听证时间： 年 月 日 时 分至 时 分

听证地点：

听证主持人：

记录人：

当事人： 地址：

（单位）法定代表人或负责人：

委托代理人： 地址：

案件调查部门：

案件调查人员：

第三人： 地址：

听证笔录（正文）：

案件调查人员签名： 年 月 日

当事人签名或盖章： 年 月 日

听证主持人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

续页

案件调查人员签名： 年 月 日

当事人签名或盖章： 年 月 日

听证主持人签名： 年 月 日

听证记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

尾页

当事人（委托代理人）：（本听证笔录已经本人审核、补正，无误。）

案件调查人员签名： 年 月 日

当事人签名或盖章： 年 月 日

听证主持人签名： 年 月 日

听证记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

哈尔滨市医疗保障局

### ☆听证报告

案件名称：

听证日期： 年 月 日

听证主持人：

案件基本情况：

案件调查人员陈述的内容和提出的证据：

当事人申辩质证的主要内容：

听证意见：

听证主持人（签名）：

年 月 日

记录人（签名）：

年 月 日

哈尔滨市医疗保障局

**案件处理呈报书**

哈医保呈字〔20××〕第 号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 当事人基本情况 | 单位 |  | 地址 |  | | |
| 法定代表人 |  | 职务 |  | 邮编 |  |
| 个人 |  | 年龄 |  | 性别 |  |
| 所在单位 |  | 单位地址 |  | | |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  | 邮编 |  |
| 涉嫌违法事实及处罚依据 |  | | | | | |
| 当事人的申辩意见 |  | | | | | |
| 承办人意见 | 承办人（签名）： 年 月 日 | | | | | |
| 部门负责人意见 | 部门负责人（签名）： | | | | | |
| 分管领导意见 | 分管领导负责人（签名）： | | | | | |

哈尔滨市医疗保障局

### 行政处罚决定书

哈医保罚决字〔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：

□由于你（单位）上述行为违反了 的相关规定，现依据

， （罚款的金额，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缴到：

收款银行： 户名：

账号：

将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》第七十二条第一款第（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哈尔滨市人民政府申请复议，也可以于六个月内依法向哈尔滨铁路运输法院提起行政诉讼。

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。

哈尔滨市医疗保障局

（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。）

哈尔滨市医疗保障局

**不予行政处罚决定书**

哈医保不罚字〔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：

法定代表人（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：

当事人上述行为违反了 的相关规定，鉴于

，依据

，本机关决定对当事人不予处罚。

如对本决定不服，可以于收到本决定书之日起六十日内向哈尔滨市人民政府申请复议，也可以于六个月内依法向哈尔滨铁路运输法院提起行政诉讼。

哈尔滨市医疗保障局

（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。）

哈尔滨市医疗保障局

☆**行政建议书**

哈医保建字〔20××〕第 号

：

本机关于 年 月 日对你（单位）进行了现场检查，检查情况如下：

，其中，你（单位）存在

的问题。针对上述问题，本机关根据 规定，现对你（单位）提出如下建议：

，上述建议请你（单位）依据XX管理制度执行。

联系人：

联系电话：

特此通知。

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

被检查人（签字或盖章）： 年 月 日

联系人： 联系电话：

（本文书一式三份，一份送达，一份检查机关留存，一份随卷归档。）

哈尔滨市医疗保障局

### 当场行政处罚决定书

哈医保当罚字〔20××〕第 号

当事人（姓名或名称）：

主体资格证件名称及号码：

住所或住址：

（单位）法定代表人（主要负责人）：

执法人员： 执法证号：

执法人员： 执法证号：

经查：你（单位）于 年 月 日 时，在 （违法地点）

因 （行为方式） 的行为，违反了 （法律依据名称条款） 的规定，事实确凿。本机关执法人员当场向你（单位）告知了违法事实、依据、处罚内容和依法享有的权利，□并听取了你（单位）的陈述和申辩（□对此，你（单位）未作陈述和申辩）。

现依据 （法律依据名称条款） ，我机关决定对你（单位）处以下行政处罚：

□警告

□罚款人民币 元整（大写）。￥： 。

罚款按下列方式缴纳：

□符合《行政处罚法》第六十八条规定的情形，当场收缴。

□自即日起十五日内将罚款交到收款银行： ，

户名： 账号： 。

逾期不缴纳罚款的，依据《行政处罚法》第七十二条第一款第（一）项的规定，每日按罚款数额的百分之三加处罚款，并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哈尔滨市人民政府申请复议，也可以于六个月内依法向哈尔滨铁路运输法院提起行政诉讼。当事人对本决定不服申请复议或者提起行政诉讼的，行政处罚不停止执行。

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

处罚地点：

当事人（签字或盖章）： 年 月 日

执法人员签名： 年 月 日

执法人员签名： 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。）

哈尔滨市医疗保障局

☆**案件移送函**

哈医保移字〔20××〕第 号

：

一案/违法线索，在调查中发现 ，根据 规定，现将该案/违法线索移送你单位处理。

特此移送。案件查处结果请及时函告本机关。

附件：证据材料

1．

2．

3．

联系人：

联系电话：

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达受移送机关，一份随卷归档，一份本机关留存。）

哈尔滨市医疗保障局

☆**涉嫌犯罪案件移送函**

哈医保涉移字〔20××〕第 号

：

本机关于 年 月 日对 一案立案调查，在调查中发现

。根据《行政处罚法》第二十七条、《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》第三条的规定，现移送你机关依法查处。

根据《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》第八条的规定，你机关如认为当事人没有犯罪事实，或者犯罪事实显著轻微，不需要追究刑事责任，依法不予立案的，请说明理由，并书面通知本机关，退回有关案卷材料。

附件：

1．案卷 册 页

2．涉案物品清单

联系人：

联系电话：

单位地址：

哈尔滨市医疗保障局（公章）

年 月 日

（本文书一式五份，一份送达公安机关，一份随卷归档，一份本机关留存。一份抄送同级人民检察院备案，一份抄送政府法制工作部门备案。）

……………………………………………………………………………………

**签收回执**

哈医保涉刑移字〔20xx〕第 号《涉嫌犯罪案件移送函》已于 年 月 日收到。

（公章）

年 月 日

哈尔滨市医疗保障局

☆**移送案件涉案物品清单**

案由：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 名称 | 规格（型号） | 单位 | 数量 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

移送案件接收人： 年 月 日

移送案件移送人： 、 年 月 日

（本文书一式三份，一份送达公安机关，一份随卷归档，一份本机关留存。）

哈尔滨市医疗保障局

☆**分期（延期）缴纳罚款申请书**

：

贵单位于 年 月 日向本人（单位）送达了《行政处罚决定书》（哈医保罚决字〔20××〕第 号），对本人（单位）作出了罚款

（大写）元的行政处罚决定，本人（单位）

，因

，确实存在经济困难，无法按《行政处罚决定书》足额缴纳规定数额的罚款，恳请贵单位批准：

□延期至 年 月 日缴纳；

□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）。

附：经济困难情况证明材料

申请人：

年 月 日

哈尔滨市医疗保障局

☆**督促履行义务催告书**

哈医保催字〔20××〕第 号

：

本机关已于 年 月 日向你(单位)作出《行政处罚决定书》（哈医保罚决字〔20××〕第 号），对你（单位）作出 的行政处罚。

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《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》确定的下列义务

。

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：

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份随卷归档，一份本机关留存。）

哈尔滨市医疗保障局

☆**同意分期（延期）缴纳罚款通知书**

哈医保缴准字〔20××〕第 号

：

本机关于 年 月 日向你(单位)作出《行政处罚决定书》（哈医保罚决字〔20××〕第 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《行政处罚法》第六十六条第二款的规定，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《行政处罚法》第七十二条第一款第（一）项的规定，可每日按照罚款数额的3%加处罚款。加处的罚款由代收机构直接收缴。

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

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。）

哈尔滨市医疗保障局

☆不予分期（延期）缴纳罚款通知书

哈医保缴不予字〔20××〕第 号

：

本机关于 年 月 日向你(单位)作出《行政处罚决定书》（哈医保罚决字〔20××〕第 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。

由于 ，因此，本机关认为你（单位）的申请不符合《行政处罚法》第六十六条第二款的规定，不同意你（单位）延期/分期缴纳罚款的申请。

逾期未缴纳罚款的，本机关依据《行政处罚法》第七十二条第一款第（一）项的规定，可每日按照罚款数额的3%加处罚款。加处的罚款由代收机构直接收缴。

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份送达当事人，一份随卷归档，一份本机关留存。）

哈尔滨市医疗保障局

☆**行政处罚强制执行申请书**

哈医保强执申字〔20××〕第 号

人民法院：

本机关对 一案于 年 月 日作出了《行政处罚决定书》（哈医保罚决字〔20××〕第 号），已于 年 月 日依法送达当事人。 （关于行政复议和行政诉讼的情况说明）

。

本机关于 年 月 日向当事人送达了《督促履行义务催告书》（哈医保催字〔20××〕 第 号）进行催告，责令当事人于 年 月 日前履行本机关依法作出的行政决定，当事人无正当理由逾期仍未履行义务，也未申请行政复议或者提起行政诉讼。 年 月 日本机关与当事人达成执行协议，但当事人仍未履行。根据《行政强制法》第五十三条、第五十四条的规定，特申请贵院强制执行。

一、当事人基本情况：

□姓名： 　　　　 身份证号码：

住址： 联系电话：

□名称： 　　　　 法定代表人（负责人）：

地址： 联系电话：

二、申请机关的情况：

申请机关名称： 法定代表人：

单位地址：

联系人： 联系电话：

委托代理人： 联系电话：

三、申请执行的内容：

。

附：

1.《行政处罚决定书》及作出决定的事实、理由和依据；

2.当事人意见及行政机关催告情况；

3.申请强制执行标的情况；

4.医疗保障部门法定代表人身份证明、授权委托书、受托人身份证明等；

5.执行协议等其他依法需要提交的材料。

医疗保障部门负责人签名：

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

（本文书一式三份，一份交人民法院，一份随卷归档，一份本机关留存。）

哈尔滨市医疗保障局

**结案审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 当事人名称/姓名 |  | 法定代表人 |  | | | |
| 工作单位 |  | 职务 |  | | | |
| 地址或住址 |  | | | | | |
| 案由 |  | | | | 立案时间 |  |
| 案件来源 |  | | | | | |
| 行政决定  文书文号 |  | 送达时间 | |  | | |
| 案件  简要  情况 |  | | | | | |
| 结案方式 | □自动履行 □复议结案 □诉讼结案 □强制执行 □其他： | | | | | |
| 结案结果 | □行政处罚决定执行完毕 □案件终止调查 □违法事实不能成立 □移送司法机关  □人民法院裁定终结执行 □不予行政处罚 □移送其他行政部门、经办机构  □其他： | | | | | |
| 执法人员  结案意见 | 签名：  年 月 日 | | | | | |
| 办案机构  审核意见 | 签名：  年 月 日 | | | | | |
| 分管负责人意见 | 签名：  年 月 日 | | | | | |



哈尔滨市医疗保障局

**卷内备考表**

|  |
| --- |
| 本卷情况说明  案由：  案件承办人：  本案自 年 月 日起立案，于 年 月 日下达行政处罚决定书，当事人于 年 月 日自觉履行行政处罚决定，交纳罚款。  本卷宗归档材料完整，案卷事实清楚、证据充分，内容准确，无缺损漏页，建议永久保存。  立卷人  检查人  立卷时间 |

哈尔滨市医疗保障局

行政检查案卷

编号

检查事项：

检查部门：

检查时间：

被检查人：

保管期限：

哈尔滨市医疗保障局

行政检查审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 案件  来源 | □举报投诉 □上级交办 □其他机关移送  □日常监督检查 □其他 | | | | |
| 检查  对象 | 个人 | 姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 单位 | 名  称 |  | 法定代表人 |  |
| 统一社会信用代码 | |  | |
| 住址/  住所 | |  | 联系  电话 |  |
| 检查  时间 |  | | | | |
| 检查  内容 |  | | | | |
| 检查  依据 |  | | | | |
| 承办  机构  意见 | 承办机构负责人签名： 年 月 日 | | | | |
| 分管  负责人  意见 | 机关负责人签名： 年 月 日 | | | | |

哈尔滨市医疗保障局

现场检查通知书

哈医保检通字〔20xx〕第x号

：

根据 规定，兹指派下列人员于 年 月 日，对你（单位）进行检查，检查范围和内容主要是

，请予积极配合，做好有关资料的准备，并提供必要的工作条件。

如果你（单位）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。

检查组组长及其执法证号：

检查组成员及其执法证号：

联系人： 联系电话：

特此通知。

哈尔滨市医疗保障局 （公章）

年 月 日

被检查人（签字或盖章）： 年 月 日

联系人： 联系电话：

（本文书一式三份，一份送达被检查人，一份承办机构留存，一份随卷归档。）

哈尔滨市医疗保障局

回避申请决定书

哈医保回决字〔20xx〕第x号

申请人： 统一社会信用代码：

联系人： 联系电话：

被申请人： 行政执法证号：

申请人于 年 月 日以 为由，申请（被申请人） 回避实施（《行政检查通知书》编号）行政检查。

□经审查，符合 规定的回避情形，同意申请人的回避申请，并将行政执法人员更换为 ，行政执法证号 。

□经审查，不符合 规定的回避情形，驳回申请人的回避申请。

如对本决定不服，可以依法申请救济。

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

受送达人：签名或者盖章 年 月 日

送达方式和地址：

（本文书一式三份，一份送达被检查人，一份承办机构留存，一份随卷归档。）

哈尔滨市医疗保障局

抽样（采样）通知书

哈医保抽（采）通字〔20xx〕第x号

（被检查人名称、统一社会信用代码） ：

根据（法律依据名称），现决定对你单位的 等进行抽样（采样）。（附抽样（采样）物品清单）

行政执法人员： 行政执法证号：

行政执法人员： 行政执法证号：

哈尔滨市医疗保障局

（公章）

年 月 日

受送达人：签名或者盖章 年 月 日

送达方式和地址：

（本文书一式三份，一份送达被检查人，一份承办机构留存，一份随卷归档。）

哈尔滨市医疗保障局

**检查笔录**

时间： 年 月 日 时 分至 年 月 日 时 分

检查地点：

被检查人姓名或名称：

被检查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：

检查情况：

被检查人签名： 年 月 日

检查人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

见证人签名： 年 月 日

第 页 共 页

被检查人签名： 年 月 日

检查人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

见证人签名： 年 月 日

第 页 共 页

被检查人阅读确认意见：

见证人阅读确认意见：

被检查人签名： 年 月 日

检查人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

见证人签名： 年 月 日

第 页 共 页

哈尔滨市医疗保障局

行政检查情况记录表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被检查人基本情况 | 名 称 |  | 统一社会  信用代码 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 行政执法人员情况 | 姓名 |  | 行政执法证号 |  |
| 姓名 |  | 行政执法证号 |  |
| 检查时间 | 年 月 日（ 时 分）至 年 月 日（ 时 分） | | | |
| 检查地点 |  | | | |
| 检查情况 | （此处仅记录检查事实情况）  被检查人：签名或者盖章 年 月 日  行政执法人员： 年 月 日  行政执法人员： 年 月 日 | | | |
| 结果告知 | ☐通过行政检查  ☐未通过行政检查  ☐其他 | | | |

哈尔滨市医疗保障局

现场检查报告

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被查单位名称 |  | 被查单位负责人 |  |
| 检查部门名称 |  | 检查部门负责人 |  |
| 检查组组长 |  | 检查组主查人 |  |
| 检查项目 |  | | |
| 检查时间 |  | 报告完成日期 |  |
| 现场检查  工作  基本情况 |  | | |
| 被查单位  工作基本  情况及总  体 评 价 |  | | |
| 检查中发  现的问题 |  | | |
| 处理意见 |  | | |
| 提示：  本检查报告是由医疗保障部门的监管人员依照有关法律、法规等对被检查人实施现场检查后形成的。资料来源于被查单位提供的业务、财务信息及有关资料。本报告必须保密。 | | | |