

安徽省医疗保障局文件

皖医保发〔2019〕29号

安徽省医疗保障局关于印发 《安徽省医疗保障行政处罚案件办理程序 暂行规定》的通知

各市、县医疗保障局，各处室、单位：

现将《安徽省医疗保障行政处罚案件办理程序暂行规定》印发给你们，请结合实际，认真组织实施。



安徽省医疗保障行政处罚案件办理程序 暂行规定

第一章 总 则

第一条 为规范医疗保障行政部门行政处罚案件办理程序，保障和监督医疗保障行政部门依法行使职权，维护医疗保障基金安全，保护公民、法人或者其他组织的合法权益，根据《中华人民共和国行政处罚法》《中华人民共和国社会保险法》《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》等法律、法规、规章，制定本规定。

第二条 县级以上医疗保障行政部门实施行政处罚的程序，适用本规定。

县级以上医疗保障行政部门可以在法定权限内委托符合《中华人民共和国行政处罚法》规定条件的组织实施行政处罚。受委托组织在委托范围内，以委托行政机关名义实施行政处罚；不得再委托其他任何组织或者个人实施行政处罚。

第三条 医疗保障行政部门应当加强行政处罚规范化建设，实施行政处罚应当事实清楚，证据确凿，适用依据正确，定性准确，处罚适当，程序合法，执法文书使用规范。

第四条 医疗保障行政部门实施行政处罚实行回避制度。参与案件办理的有关人员与当事人有直接利害关系的，应当回避。

医疗保障行政部门主要负责人的回避，由医疗保障行政部门负

责人集体讨论决定；医疗保障行政部门其他负责人的回避，由医疗保障行政部门主要负责人决定；其他有关人员的回避，由医疗保障行政部门负责人决定。

第五条 医疗保障行政部门应当按照行政执法全过程记录要求，通过文字、音像等记录方式，对医疗保障行政处罚行为进行记录并归档，实现行政执法全程留痕和可回溯管理。

第六条 上级医疗保障行政部门应当对下级医疗保障行政部门实施的行政处罚加强监督。

各级医疗保障行政部门对本部门内设机构及其派出机构、受委托组织实施行政处罚，应当加强监督。

第二章 管 辖

第七条 行政处罚由违法行为发生地的县级以上医疗保障行政部门管辖。

县级医疗保障行政部门负责查处本行政区域内的医疗保障违法案件。

设区的市级医疗保障行政部门和省级医疗保障行政部门负责查处本级直接管辖的医疗保障违法案件和辖区内有重大影响的医疗保障违法案件。

第八条 两个以上医疗保障行政部门对管辖权发生争议的，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，应当报请共同的上一级医疗保障行政部门指定管辖。

第九条 上级医疗保障行政部门可以直接查处下级医疗保障行政部门管辖的案件，也可以将自己管辖的案件移交下级医疗保障行政部门查处。法律、法规、规章明确规定案件应当由上级医疗保障行政部门管辖的，上级医疗保障行政部门不得将案件交由下级医疗保障行政部门管辖。

第十条 下级医疗保障行政部门认为依法由其管辖的案件存在特殊原因，难以办理的，可以报请上一级医疗保障行政部门管辖或者指定管辖。上一级医疗保障行政部门应当自收到报请材料之日起七个工作日内确定案件的管辖部门，并书面通知下级单位。

第十一条 医疗保障行政部门发现所查处的案件属于其他行政管理部门管辖的，应当依法移送其他有关部门。

医疗保障行政部门发现违法行为涉嫌犯罪的，应当依照有关规定将案件移送司法机关。

第三章 立案与调查

第一节 立案

第十二条 医疗保障行政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十五个工作日内予以初步核查。初步核查后需要立案查处的，报请本级医疗保障行政部门负责人决定是否立案。立案应当填写立案审批表。

第十三条 立案应符合下列条件：

- （一）有初步确认的违法嫌疑对象；
- （二）有初步认定的违法事实；
- （三）属于本部门管辖；
- （四）其他应当立案的情形。

第十四条 立案后，办案机构负责人应当确定两名以上执法人员负责调查处理。

当事人有权申请案件调查人员回避。当事人申请回避的，医疗保障行政部门应当自收到回避申请之日起三日内作出是否回避的决定，并告知当事人；决定不予以回避，应书面告知理由。

第二节 调查取证

第十五条 执法人员调查或者进行检查时不得少于两人，应当向当事人或者有关人员出示执法证件。

调查人员少于两人或者未出示合法证件的，被检查单位和个人有权拒绝。

第十六条 调查人员应当对案件事实进行全面、客观、公正、及时的调查，并依法充分收集证据。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。

第十七条 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，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、照片、录像由证据提供者核对无误后注明与原件、原物一致，并注明出证日期、证据出处，同时签名或者盖章。

第十八条 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，由原始载体持有人签名或盖章。声音资料应当附有该声音内容的文字记录。

第十九条 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，由原始数据持有人签名或盖章。

医疗保障行政部门可以利用互联网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互联网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。

医疗保障行政部门可以指派或者聘请具有专门知识的人员，对案件关联的电子数据等进行调查取证。

第二十条 调查人员可以依法要求当事人、证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者盖章。

第二十一条 调查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。询问前应当告知其有如实陈述事实、提供证据的义务。

询问应当制作笔录，询问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。

第二十二条 为查明案情，需要对案件中专门事项进行检测检验、鉴定的，医疗保障行政部门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。检测检验、鉴定结果应当告知当事人。

第二十三条 在证据可能灭失或者以后难以取得的情况下，医疗保障行政部门可以对与涉嫌违法行为有关的证据采取先行登记

保存措施。采取或者解除先行登记保存措施，应当经医疗保障行政部门负责人批准。

情况紧急，需要当场采取先行登记保存措施的，调查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。

第二十四条 先行登记保存有关证据，应当当场清点，开具清单，由当事人和执法人员签名或者盖章，交当事人一份，并当场交付先行登记保存证据通知书。

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。

第二十五条 对于先行登记保存的证据，应当在七日内采取以下措施：

（一）根据情况及时采取记录、复制、拍照、录像等措施固定证据；

（二）需要检测检验、鉴定的，送交检测检验、鉴定；

（三）依据有关法律、法规规定可以采取封存等行政措施的，决定采取行政措施；

（四）违法事实不成立，或者违法事实成立但依法不应当予以封存，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。

第二十六条 医疗保障行政部门可以依据《中华人民共和国社

会保险法》的规定采取封存等行政措施。采取或者解除行政措施，应当经医疗保障行政部门负责人批准。

情况紧急，需要当场采取行政措施的，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措施的，应当立即解除。

第二十七条 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。法律、行政法规另有规定的除外。

延长封存的决定应当及时书面告知当事人，并说明理由。

对物品资料需要进行检测检验、鉴定的，封存的期间不包括检测检验、鉴定的期间。检测检验、鉴定的期间应当明确，并书面告知当事人。

第二十八条 封存的物品资料应当妥善保管，不得使用或者损毁；医疗保障行政部门可以委托第三人保管，第三人不得损毁或者擅自转移、处置。

封存的物品资料，应当加贴医疗保障行政部门封条，任何人不得随意动用。

第二十九条 有下列情形之一的，医疗保障行政部门应当及时作出解除封存决定：

- （一）当事人没有违法行为的；
- （二）封存的物品资料与违法行为无关的；
- （三）对违法行为已经作出处理决定，不再需要封存的；

(四) 封存期限已经届满的；

(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物品资料，并由执法人员和当事人在财物清单上签名或者盖章。

第三十条 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。

第三十一条 医疗保障行政部门在办理行政处罚案件时，确需其他医疗保障行政部门协助调查取证的，应当出具协助调查函。收到协助调查函的医疗保障行政部门应当在接到协助调查函之日起十五个工作日内完成相关工作。需要延期完成或者无法协助的，应当在期限届满前告知提出协查请求的医疗保障行政部门。

第三十二条 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：

(一) 行政处罚决定须以相关案件的处理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的；

(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的；

(三) 因不可抗力致使案件暂时无法调查的；

(四) 因当事人下落不明致使案件暂时无法调查的；

(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。

第三十三条 因涉嫌违法的自然人死亡或者法人、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，经医疗保障行政部门负责人批准，案件终止调查。

第三十四条 医疗保障行政部门及参与案件办理的有关人员对调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。

第四章 审核与处罚

第一节 案件审核

第三十五条 案件调查终结，办案机构应当制作案件调查报告，连同案件材料交由审核机构审核。

案件调查报告包括以下内容：

- （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。

第三十六条 案件审核由医疗保障行政部门承担政策法规职能的内设机构（统称法制机构）负责实施，办案人员不得作为审核

人员。

第三十七条 案件审核的主要内容包括：

- （一）是否具有管辖权；
- （二）当事人的基本情况是否清楚；
- （三）案件事实是否清楚、证据是否确凿；
- （四）适用依据是否正确；
- （五）定性是否准确；
- （六）处罚是否适当；
- （七）程序是否合法。

第三十八条 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）对事实清楚、证据确凿、适用依据正确、定性准确、处罚适当、程序合法的案件，同意案件处理意见；
- （二）适用依据错误、对定性不准、处罚不当、程序不合法的案件，建议纠正；
- （三）对事实不清、证据不足的案件，建议补充调查；
- （四）认为有必要提出的其他意见和建议。

第三十九条 法制机构应当自接到审核材料之日起十个工作日内完成审核。特殊情况下，经医疗保障行政部门负责人批准可以延长五个工作日。

第四十条 法制机构完成审核并退回案件材料后，对拟给予行政处罚的案件，办案机构应当将案件材料、行政处罚建议及审核意

见报医疗保障行政部门负责人批准，并依法履行告知等程序；对于建议给予其他行政处理的案件，办案机构应当将案件材料、审核意见报医疗保障行政部门负责人审查决定。

第二节 陈述、申辩和听证

第四十一条 拟作出行政处罚决定的，医疗保障行政部门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。

属于行政处罚法规定的听证范围的，还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照行政处罚法规定的程序举行听证，制作听证笔录。

第四十二条 医疗保障行政部门作出行政处罚决定前，应当充分听取当事人的意见，对当事人提出的事实、理由和证据进行复核。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。

第四十三条 法律、法规要求责令当事人退还骗取的医疗保障基金，医疗保障行政部门应当在听取当事人意见后作出行政处罚决定前，向当事人发出责令退款通知书，责令当事人限期退还。

第三节 处罚决定

第四十四条 医疗保障行政部门负责人经对案件调查报告、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）不属于医疗保障行政部门管辖的，移送其他行政管理部门处理；

（五）违法行为涉嫌犯罪的，移送司法机关。

重大、复杂案件，医疗保障行政部门应当依法集体讨论决定。

第四十五条 医疗保障行政部门作出行政处罚决定，应当制作行政处罚决定书，并加盖本部门印章。行政处罚决定书的内容包括：

（一）当事人的姓名或者名称、地址等基本情况；

（二）违反法律、法规或者规章的事实和证据；

（三）当事人陈述、申辩的采纳情况及理由；

（四）行政处罚的种类和依据；

（五）行政处罚的履行方式和期限；

（六）不服行政处罚决定，申请行政复议或者提起行政诉讼的途径和期限；

（七）作出行政处罚决定的医疗保障行政部门的名称和作出决定的日期。

第四十六条 医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的相关信息应当按照有关规定向社会公示。

第四十七条 医疗保障行政处罚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。

案件处理过程中，中止、听证、公告和检测检验、鉴定等时间不计入前款所指的案件办理期限。

第五章 执行与结案

第四十八条 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。

第四十九条 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，医疗保障行政部门应当书面告知当事人延期或者分期的期限。

第五十条 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以下措施：

（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应缴罚款的数额；

- (二) 申请人民法院强制执行；
- (三) 法律、法规规定的其他措施。

第五十一条 适用一般程序的案件有以下情形之一的，办案机构应当在十五个工作日内填写结案审批表，经医疗保障行政部门负责人批准后，予以结案：

- (一) 行政处罚决定执行完毕的；
- (二) 人民法院裁定终结执行的；
- (三) 案件终止调查的；
- (四) 作出本规定第四十四条第一款第二项至五项决定的；
- (五) 其他应予结案的情形。

第五十二条 结案后，执法人员应当将案件材料按照档案管理的有关规定立卷并归档。案卷归档应当一案一卷、材料齐全、规范有序。

案卷可以分正卷、副卷。正卷按照下列顺序归档：

- (一) 立案审批表；
- (二) 行政处罚决定书及送达回证；
- (三) 对当事人制发的其他法律文书及送达回证；
- (四) 证据材料；
- (五) 听证笔录；
- (六) 财物处理单据；
- (七) 其他有关材料。

副卷按照下列顺序归档：

- (一) 案源材料；
- (二) 调查报告；
- (三) 审核意见；
- (四) 听证报告；
- (五) 结案审批表；
- (六) 其他有关材料。

案卷的保管和查阅，按照档案管理的有关规定执行。

第六章 送 达

第五十三条 医疗保障行政部门送达执法文书，应当按照下列方式进行：

(一) 直接送达的，由受送达人在送达回证上注明签收日期，并签名或者盖章，受送达人在送达回证上注明的签收日期为送达日期。行政处罚决定书一般应当直接送达。受送达人是自然人的，本人不在时交其同住成年家属签收；受送达人是法人或者其他组织的，应当由法人的法定代表人、其他组织的主要负责人或者该法人、其他组织负责收件的人签收；受送达人有代理人的，可以送交其代理人签收；受送达人已向医疗保障行政部门指定代收人的，送交代收人签收。受送达人的同住成年家属，法人或者其他组织负责收件的人，代理人或者代收人在送达回证上签收的日期为送达日期。

(二) 受送达人或者其同住成年家属拒绝签收的，医疗保障行政部门可以邀请有关基层组织或者所在单位的代表到场，说明情

况，在送达回证上载明拒收事由和日期，由送达人、见证人签名或者以其他方式确认，将执法文书留在受送达人的住所；也可以将执法文书留在受送达人的住所，并采取拍照、录像等方式记录送达过程，即视为送达。

（三）直接送达有困难的，可以邮寄送达或者委托当地医疗保障行政部门代为送达。邮寄送达的，以回执上注明的收件日期为送达日期；委托送达的，受送达人的签收日期为送达日期。

（四）除行政处罚决定书外，经受送达人同意，可以采用手机短信、传真、电子邮件、即时通讯账号等能够确认其收悉的电子方式送达执法文书，医疗保障行政部门应当通过拍照、截屏、录音、录像等方式予以记录，手机短信、传真、电子邮件、即时通讯信息等到达受送达人特定系统的日期为送达日期。

（五）受送达人下落不明或者采取上述方式无法送达的，可以在医疗保障行政部门公告栏和受送达人住所地张贴公告，也可以在报纸或者医疗保障行政部门门户网站等刊登公告。自公告发布之日起经过六十日，即视为送达。公告送达，应当在案件材料中载明原因和经过。在医疗保障行政部门公告栏和受送达人住所地张贴公告的，应当采取拍照、录像等方式记录张贴过程。

第五十四条 医疗保障行政部门可以要求受送达人签署送达地址确认书，送达至受送达人确认的地址，即视为送达。受送达人送达地址发生变更的，应当及时书面告知医疗保障行政部门；未及时告知的，医疗保障行政部门按原地址送达，视为依法送达。

因受送达人提供的送达地址不准确、送达地址变更未书面告知医疗保障行政部门，导致执法文书未能被受送达人实际接收的，直接送达的，执法文书留在该地址之日为送达之日；邮寄送达的，执法文书被退回之日为送达之日。

第七章 附 则

第五十五条 本规定中的“以上”“以下”“内”均包括本数。

第五十六条 本规定中的“期间”以时、日计算，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。

第五十七条 行政处罚文书格式范本，由省医疗保障行政部门统一制定。各级医疗保障行政部门可以参照文书格式范本，制定本行政区域适用的行政处罚文书格式并自行印制。

第五十八条 本规定自发布之日起施行。

附件：医疗保障行政执法行政处罚文书（共 33 种）

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	<input type="checkbox"/> 监督检查 <input type="checkbox"/> 投诉、举报 <input type="checkbox"/> 其他部门移送 <input type="checkbox"/> 上级交办 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
案 源 提 供 人	监督检查人	姓名		所属单位		
		姓名		所属单位		
	投诉人、 举报人	单位	名称		法定代表人（负责人）	
			个人	姓名		
		联系电话		其他联系方式		
		联系地址				
	移送、 交办部门	名称				
		联系人		联系电话		
		联系地址				
	当 事 人	名称（姓名）				
住所（住址）						
联系电话		其他联系方式				
案源登记内容	登记人： _____ 年 月 日					
案源处理意见	办案机构负责人： _____ 年 月 日					
备注						

文书 2

_____医疗保障局
指定管辖通知书

_____医保_____〔_____〕_____号

_____, _____医疗保障局:

关于_____

_____一案管辖权问题, 经本局研究决定: 指定该案由_____医疗保障局管辖。请你们接到此通知后及时办理相关材料的移交手续。

_____医疗保障局
(印章)
年 月 日

本文书一式_____份, _____份送达, 一份归档。

文书 3

_____医疗保障局
案件移送函

_____医保_____〔_____〕_____号

_____:

_____一案/违法线索，因_____，不属于我局管辖/我局管辖困难。依据《安徽省医疗保障行政处罚程序暂行规定》第_____条（第_____款）的规定，现将该案/违法线索移送你单位处理。

附件：（相关材料）

联系人：_____

联系电话：_____

_____医疗保障局
（印章）
年 月 日

本文书一式_____份，_____份送达，一份归档。

文书 4

_____医疗保障局
案件交办通知书

_____医保_____〔_____〕_____号

_____医疗保障局：

依据《安徽省医疗保障行政处罚程序暂行规定》第____条第____款的规定，现将_____

一案交由你局管辖。请依法处理，并将处理结果及时报送本局。

附件：（相关材料）

联系人：_____

联系电话：_____

_____医疗保障局
（印章）
年 月 日

本文书一式____份，____份送达，一份归档。

文书 5

_____医疗保障局
涉嫌犯罪案件移送书

_____医保_____〔_____〕_____号

_____:

_____一案/案件线索，
经调查，当事人涉嫌构成犯罪。依据《中华人民共和国行政处罚法》第二十二条、《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》第三条、《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》第三十八条的规定，现将该案移送你单位。

附件：（相关材料）

联系人：_____ 联系电话：_____

_____医疗保障局
（印章）
年 月 日

抄送：_____人民检察院

本文书一式_____份，_____份送达，一份归档。

文书 6

医疗保障局 立案/不予立案审批表

当 事 人	协议医药机构	名称			
		统一社会信用代码			
		法定代表人（负责人）			
	参保人	姓名		身份证（其他有效证件）号码	
案由					
案源登记时间					
核查情况及立案（不予立案）理由		经办人： 年 月 日			
办案机构 负责人意见		办案机构负责人： 年 月 日			
部门负责人意见		部门负责人： 年 月 日			
备 注					

文书 7

_____医疗保障局
行政处罚案件有关事项审批表

案件名称	
审批事项	
提请审批的理由、依据及处理意见	经办人： 年 月 日
经办机构负责人意见	经办机构负责人： 年 月 日
部门负责人意见	部门负责人： 年 月 日
备注	

文书 8

_____医疗保障局
现场笔录

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

地点：_____

检查人员：_____ 执法证号：_____

检查人员：_____ 执法证号：_____

当事人：_____

主体资格证照名称：_____

统一社会信用代码：_____

住所（住址）：_____

法定代表人（负责人、经营者）：_____

身份证（其他有效证件）号码：_____

联系电话：_____ 其他联系方式：_____

联系地址：_____

通知当事人到场情况：_____

检查人员：我们是_____的执法人员。现向你出示我们的执法证件，你是否看清楚？

当事人：_____

检查人员：你有权进行陈述和申辩。你应当如实回答询问，

当事人（签名或者盖章）：_____年__月__日

见证人（签名或者盖章）：_____年__月__日

检查人员：_____, _____年__月__日

第__页共__页

并协助调查或者检查，不得阻挠。你认为检查人员与你（单位）有直接利害关系的，依法有申请回避的权利。你是否申请检查人员回避？

当事人： _____

现场情况： _____

当事人（签名或者盖章）： _____ 年 月 日
见证人（签名或者盖章）： _____ 年 月 日
检查人员： _____、 _____ 年 月 日

文书 9

医疗保障局 当事人送达地址确认书

案件名称		
告知事项	<p>依据《安徽省医疗保障行政处罚程序暂行规定》第五十三条第四项、第五十四条的规定，告知如下：</p> <p>一、为便于及时收到医疗保障部门的相关文书，保证案件调查的顺利进行，医疗保障部门可以要求受送达人签署送达地址确认书，送达至受送达人确认的地址，即视为送达。</p> <p>二、受送达人送达地址发生变更的，应当及时书面告知医疗保障部门；未及时告知的，医疗保障部门按原地址送达，视为依法送达。</p> <p>三、因受送达人提供的送达地址不准确、送达地址变更未书面告知医疗保障部门，导致执法文书未能被受送达人实际接收的，直接送达的，执法文书留在该地址之日为送达之日；邮寄送达的，执法文书被退回之日为送达之日。</p> <p>四、经受送达人同意，可以采用手机短信、传真、电子邮件、即时通讯账号等能够确认其收悉的电子方式送达执法文书（行政处罚决定书除外），手机短信、传真、电子邮件、即时通讯信息等到达受送达人特定系统的日期为送达日期。</p>	
送达地址及送达方式	<p>是否接受电子送达 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 （送达行政处罚决定书除外）</p>	<p> <input type="checkbox"/>手机号码： <input type="checkbox"/>传真号码： <input type="checkbox"/>电子邮件地址： <input type="checkbox"/>即时通讯账号： 以传真、电子邮件等到达本人特定系统的日期为送达日期。 </p>
	送达地址	
	收件人	
	收件人联系电话	
	邮政编码	
当事人确认	<p>本人已阅读（已向本人宣读）上述告知事项，清楚了解其内容及法律意义，并保证以上送达地址及送达方式准确、有效。</p> <p style="text-align: center;">当事人（委托代理人）签名、盖章：</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</p>	
备注		

文书 10

_____医疗保障局
询问通知书

_____医保_____〔_____〕____号

_____:

为调查了解_____

_____, 请于____年__月__日__时__分到_____

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

请携带以下材料:

1. _____
2. _____
3. _____

如你(单位)委托其他人员接受询问调查的, 委托代理人应同时提供授权委托书及委托代理人身份证明。

办案人员: _____、_____

联系电话: _____

_____医疗保障局
(印章)
年 月 日

本文书一式____份, _____份送达, 一份归档。

_____医疗保障局
询问笔录

时间: _____年__月__日__时__分至_____年__月__日__时__分第__次

地点: _____

询问人: _____ 执法证号: _____

_____ 执法证号: _____

被询问人: _____ 性别: _____

身份证(其他有效证件)号码: _____

工作单位: _____ 职务: _____

联系电话: _____ 其他联系方式: _____

联系地址: _____

询问人: 你好,我们是_____医疗保障局的执法人员,已向你出示了我们的执法证件。你是否看清楚?

被询问人: _____

问: 我们依法就_____有关问题进行调查,请予配合。依照法律规定,你有权进行陈述和申辩。如果你认为调查人员与本案有直接利害关系的,依法有申请回避的权利,你是否申请调查人员回避?

答: _____

问: 你应当如实回答询问,并协助调查,不得阻挠。你是否明白?

答: _____

被询问人: _____ 年 月 日

询问人: _____、_____ 年 月 日

第 页 共 页

_____医疗保障局
限期提供材料通知书

_____医保_____〔_____〕____号

_____:

依据《安徽省医疗保障行政处罚程序暂行规定》第____条第____款的规定，请你（单位）在收到本通知书后_____日内向本局提供以下材料，并在材料上签名或者盖章。逾期不提供或者拒绝提供相关材料的，将依法承担法律责任。

1. _____
2. _____
3. _____

联系人：_____联系电话：_____

_____医疗保障局
(印章)
年 月 日

本文书一式____份，____份送达，一份归档。

_____医疗保障局
协助调查函

_____医保_____〔_____〕____号

_____:

我局在办理_____

一案中，因_____

_____，依据

《安徽省医疗保障行政处罚程序暂行规定》第_____条的规定，请

你单位协助调查以下事项：_____

请你单位在收到协助调查函之日起十五个工作日内将调查结果加盖公章，连同相关证据材料送我局。需要延期完成或者无法协助的，请在期限届满前告知我局。

联系人：_____联系电话：_____

_____医疗保障局

(印章)

年 月 日

本文书一式_____份，_____份送达，一份归档。

_____医疗保障局
先行登记保存证据通知书

_____医保_____〔_____〕_____号

当事人：_____

主体资格证照名称：_____

统一社会信用代码：_____

住所（住址）：_____

法定代表人（负责人、经营者）：_____

身份证（其他有效证件）号码：_____

联系电话：_____其他联系方式：_____

为调查你（单位）涉嫌_____，依据《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条第二款的规定，本局决定对你（单位）有关证据[详见《封存物品资料清单》（文书编号：_____）]采取先行登记保存措施。先行登记保存的证据，存放在_____。在此期间，你（单位）或者有关人员不得损毁、销毁或者转移证据。本局将在七日内对先行登记保存的证据依法作出处理决定。逾期未作出处理决定的，先行登记保存措施自动解除。

联系人：_____联系电话：_____

附件：〔（封存物品资料）清单〕（文书编号：_____）

_____医疗保障局
(印章)
年 月 日

本文书一式_____份，_____份送达，一份归档。

_____医疗保障局
解除先行登记保存证据通知书

_____医保_____〔_____〕____号

_____:

本局于_____年____月____日作出《先行登记保存证据通知书》(____医保____〔____〕____号), 对你(单位)有关证据采取先行登记保存措施。现决定自_____年____月____日起对全部/部分证据〔(详见《封存物品资料》文书编号: _____)〕予以解除先行登记保存措施。

联系人: _____ 联系电话: _____

附件: [(《封存物品资料清单》文书编号: _____)]

_____医疗保障局
(印章)
年 月 日

本文书一式____份, _____份送达, 一份归档。

_____医疗保障局
封存物品资料清单

文书编号: _____

序号	物品资料名称	单位	数量	页数/ 页码	备注

当事人（签名或者盖章）: _____ 年 月 日

执法人员（签名或者盖章）: _____ 年 月 日

_____ 年 月 日

见证人（签名或者盖章）: _____ 年 月 日

第 页 共 页

本文书一式_____份，_____份送达，一份归档。

(续 页)

序号	物品资料名称	单位	数量	页数/ 页码	备注

当事人(签名或者盖章): _____ 年 月 日

执法人员(签名或者盖章): _____ 年 月 日

_____ 年 月 日

见证人(签名或者盖章): _____ 年 月 日

第 页 共 页

本文书一式____份, ____份送达, 一份归档。

_____医疗保障局
责令退款通知书

_____医保_____〔_____〕____号

_____:

经查，你（单位）_____，违反了
的规定，存在欺诈骗保的情形。依据_____，
现责令你（单位）自收到本通知书之日起____日内，将骗取的医
保基金__元退还给统筹地区医保部门。拒不退还或者逾期未退还
的部分，本局将依法予以没收。

_____医疗保障局
(印章)

年 月 日

本文书一式____份，____份送达，一份归档。

_____医疗保障局
案件调查报告

因当事人涉嫌_____

_____，我局于____年__月__日予以立案调查，指定_____、_____为办案人员。现已调查终结，报告如下。

当事人基本情况：_____

案件来源、调查经过及采取行政强制措施的情况：_____

调查认定的事实：_____

上述事实，主要有以下证据证明：

1. _____，证明_____

2. _____，证明_____

3. _____，证明_____

案件性质：_____

其他需要说明的事项： _____

处理意见及依据： _____

办案人员（签名）： _____ 年 月 日

_____ 年 月 日

办案机构负责人（签名）： _____ 年 月 日

_____医疗保障局
案件审核表

案件名称			
办案机构			
送审时间	年 月 日	退卷时间	年 月 日
审核意见和 建议	审核人： 年 月 日		
审核机构 负责人 意见	审核机构负责人： 年 月 日		
备注			

_____医疗保障局
行政处罚/行政处罚听证告知书

_____医保_____〔_____〕____号

_____：
由本局立案调查的你（单位）涉嫌_____一案，已调查终结。依据《中华人民共和国行政处罚法》第三十一条的规定，现将本局拟作出行政处罚的事实、理由、依据及处罚内容告知如下：_____

依据《中华人民共和国行政处罚法》第三十一条、第三十二条/《中华人民共和国行政处罚法》第三十一条、第三十二条、第四十二条第一款，你（单位）有权进行陈述、申辩/有权进行陈述、申辩，并可要求举行听证。

你（单位）自收到本告知书之日起三个工作日内，未行使陈述、申辩权/未行使陈述、申辩权，未要求举行听证的，视为放弃此权利。

联系人：_____ 联系电话：_____

_____医疗保障局
(印章)
年 月 日

本文书一式_____份，_____份送达，一份归档。

_____医疗保障局
行政处罚听证通知书

_____医保_____〔_____〕____号

_____:

根据你（单位）的要求，本局决定于____年____月____日____时____分在_____

对你（单位）涉嫌_____一案公开/不公开举行听证，请准时出席。如无正当理由不到场听证的，本局将依法终止听证。

本次听证会由_____担任听证主持人，(_____担任听证员)，担任记录员，(_____担任翻译人员)。依据《中华人民共和国行政处罚法》第四十二条第一款第四项，如认为上述人员与你（单位）有直接利害关系，你（单位）有申请回避的权利。

如果委托代理人（一至二人）代为参加听证，请提交由委托人签名或者盖章的授权委托书，委托书应当载明委托事项及权限。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。

请参加人员携带身份证件原件，委托代理人员还应当携带授权委托书。

联系人：_____联系电话：_____

_____医疗保障局
(印章)
年 月 日

本文书一式____份，____份送达，一份归档。

_____医疗保障局
听证笔录

案件名称：_____

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

地点：_____

听证主持人：_____（听证员：_____）

记录员：_____（翻译人员：_____）

办案人员：_____、_____

当事人：_____

[法定代表人（负责人）：_____委托代理人：_____]

[第三人：_____]

法定代表人（负责人）：_____委托代理人：_____

其他参加人：_____]

听证过程：

记录员：经查，听证参加人_____已到场，现在宣布听证纪律：

（一）服从听证主持人的指挥，未经听证主持人允许不得发言、提问；

（二）未经听证主持人允许不得录音、录像和摄影；

（三）听证参加人未经听证主持人允许不得退场；

（四）不得大声喧哗，不得鼓掌、哄闹或者进行其他妨碍听证

办案人员（签名）：_____年 月 日

当事人、委托代理人（签名或者盖章）：_____年 月 日

第三人、其他听证参加人（签名或者盖章）：_____年 月 日

第 页 共 页

秩序的活动。

报告听证主持人，听证准备就绪。

听证主持人：现在核对听证参加人。

当事人及委托代理人：_____

办案人员：_____

[第三人及委托代理人：_____]

其他参加人：_____]

听证主持人：已核对当事人(委托代理人)(第三人、委托代理人、其他参加人)和办案人员的身份。现在宣布听证会开始进行。

本局于____年__月____日依法向当事人送达了__医保〔____〕__号《行政处罚听证通知书》。经_____申请举行_____一案听证会。本次听证主持人是_____,(听证员是_____)，记录员是_____,(翻译人员是_____)

现告知听证参加人在听证中的权利义务。

当事人享有以下权利:1. 有权放弃听证;2. 有权申请听证主持人、听证员、记录员、翻译人员回避; 3. 有权当场提出证明自己主张的证据; 4. 有权进行陈述和申辩; 5. 经听证主持人允许, 可以对相关证据进行质证; 6. 经听证主持人允许, 可以向到场的证人、鉴定人、勘验人发问; 7. 有权对听证笔录进行审核, 认为无误后签名或者盖章。

[第三人享有以下权利: 1. 有权当场提出证明自己主张的

办案人员(签名): _____ 年 月 日

当事人、委托代理人(签名或者盖章): _____ 年 月 日

第三人、其他听证参加人(签名或者盖章): _____ 年 月 日

第 页共 页

证据；2. 有权进行陈述；3. 经听证主持人允许，可以对相关证据进行质证；4. 经听证主持人允许，可以向到场的证人、鉴定人、勘验人发问；5. 有权对听证笔录进行审核，认为无误后签名或者盖章。]

听证参加人承担以下义务：1. 遵守听证纪律；2. 在审核无误的听证笔录上签名或者盖章。

当事人（委托代理人）是否申请听证主持人、记录员（听证员、翻译人员）回避？

当事人（委托代理人）： _____

听证主持人：现在请办案人员提出当事人违法的事实、证据、行政处罚建议及依据。

听证主持人：现在请当事人（委托代理人）进行陈述和申辩。

[听证主持人：现在请第三人（委托代理人）进行陈述。]

办案人员（签名）： _____ 年 月 日

当事人、委托代理人（签名或者盖章）： _____ 年 月 日

第三人、其他听证参加人（签名或者盖章）： _____ 年 月 日

第 页 共 页

听证主持人：现在开始质证和辩论。_____

[听证主持人：请第三人（委托代理人）陈述你的最后意见。]

听证主持人：请办案人员陈述最后意见。

听证主持人：请当事人陈述你的最后意见。

听证主持人：现在宣布听证结束。请听证参加人核对听证笔录，
无误后请签名或者盖章。

办案人员(签名)：_____年 月 日

当事人、委托代理人(签名或者盖章)：_____年 月 日

第三人、其他听证参加人(签名或者盖章)：_____年 月 日

第 页共 页

_____医疗保障局
听证报告

案件名称： _____
听证时间： _____年____月____日____时____分至____时____分
听证地点： _____
听证方式：公开/不公开
听证主持人： _____（听证员： _____）
记录员： _____（翻译人员： _____）
办案人员： _____、 _____
当事人： _____
[法定代表人（负责人）： _____委托代理人： _____]
[第三人： _____]
法定代表人（负责人）： _____委托代理人： _____
其他参加人： _____
听证的基本情况： _____

_____医疗保障局 行政处理决定审批表

案件名称	
立案时间	年 月 日
行政处理决定建议类别	<input type="checkbox"/> 给予行政处罚 <input type="checkbox"/> 不予行政处罚 <input type="checkbox"/> 违法事实不能成立,予以结案 <input type="checkbox"/> 移送其他行政管理部门 <input type="checkbox"/> 移送司法机关 <input type="checkbox"/> 其他_____
是否经过复核(听证)程序	<input type="checkbox"/> 当事人未提出陈述、申辩意见或者未申请听证 <input type="checkbox"/> 案件经复核或者听证
建议作出行政处理决定的主要事实、理由、依据及内容	办案人员： 年 月 日
当事人陈述、申辩或者听证中提出的主要意见	
复核意见或者听证意见	
办案机构负责人意见	办案机构负责人： 年 月 日
部门负责人意见	部门负责人： 年 月 日
备注	

_____医疗保障局
行政处罚决定书

_____医保_____〔_____〕_____号

当事人：_____

主体资格证照名称：_____

统一社会信用代码：_____

住所（住址）：_____

法定代表人（负责人、经营者）：_____

身份证（其他有效证件）号码：_____

联系电话：_____其他联系方式：_____

联系地址：_____

（案件来源、调查经过及采取行政强制措施的情况）

（违反法律、法规或者规章的事实）

上述事实，主要有以下证据证明：_____

（当事人陈述、申辩情况，当事人陈述、申辩的采纳情况及理由；

行政处罚告知、行政处罚听证告知情况，以及复核、听证过程及意见)

(案件性质、自由裁量的事实和理由)

(行政处罚的内容和依据)

(行政处罚的履行方式和期限)

(救济途径和期限)

_____医疗保障局
(印章)
年 月 日

(医疗保障部门将依法向社会公示本行政处罚决定信息)

本文书一式____份，____份送达，一份归档。

_____医疗保障局
不予行政处罚决定书

_____医保_____〔_____〕_____号

当事人：_____

主体资格证照名称：_____

统一社会信用代码：_____

住所（住址）：_____

法定代表人（负责人、经营者）：_____

身份证（其他有效证件）号码：_____

联系电话：_____其他联系方式：_____

联系地址：_____

（案件来源、调查经过及采取行政强制措施的情况）

（违反法律、法规或者规章的事实）

上述事实，主要有以下证据证明：_____

（当事人陈述、申辩情况，当事人陈述、申辩的采纳情况及理由；
行政处罚告知、行政处罚听证告知情况，以及复核、听证过程及
意见）

（案件性质、不予行政处罚的决定和理由）

（救济途径和期限）

_____医疗保障局
（印章）
年 月 日

本文书一式____份，____份送达，一份归档。

_____医疗保障局
延期/分期缴纳罚款通知书

_____医保_____〔_____〕____号

_____:

本局于____年__月__日对你(单位)作出行政处罚决定(《行政处罚决定书》__医保__〔____〕__号),处罚款_____元。你(单位)于____年__月__日向本局提出延期/分期缴纳罚款的申请。

依据《中华人民共和国行政处罚法》第五十二条、《医疗保障行政处罚程序暂行规定》第_____条的规定,本局决定_____

_____。

到期不缴纳罚款的,依据《中华人民共和国行政处罚法》第五十一条的规定,本局将_____。

_____医疗保障局
(印章)

年 月 日

本文书一式____份,____份送达,一份归档。

_____医疗保障局
行政处罚决定履行催告书

_____医保催告书〔_____〕____号

_____:

本局于____年__月__日对你（单位）作出行政处罚决定（《行政处罚决定书》__医保____〔_____〕__号）。你（单位）在法定期限内对该《行政处罚决定书》确定的下列义务没有履行：_____

_____。
依据《中华人民共和国行政强制法》第五十四条的规定，本局现催告你（单位）自收到本催告书之日起十日内按照该《行政处罚决定书》确定的方式依法履行上述义务。

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

联系人：_____联系电话：_____

_____医疗保障局

（印章）

年 月 日

本文书一式____份，____份送达，一份归档。

_____医疗保障局
送 达 回 证

送达文书名称 及文号	
受送达人	
送达时间	
送达地点	
送达方式	
收件人	(签名或者盖章) 年 月 日
送达人	(签名或者盖章) 年 月 日
见证人	(签名或者盖章) 年 月 日
备注	

_____医疗保障局 结案审批表

案件名称			
立案日期		案件承办人员	
处理决定文书		处理决定日期	
结案情形	<input type="checkbox"/> 行政处罚决定执行完毕 <input type="checkbox"/> 人民法院裁定终结执行 <input type="checkbox"/> 案件终止调查 <input type="checkbox"/> 不予行政处罚 <input type="checkbox"/> 违法事实不能成立 <input type="checkbox"/> 移送其他行政管理部门 <input type="checkbox"/> 移送司法机关 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
行政处罚内容			
行政处罚决定的执行方式	<input type="checkbox"/> 主动履行 <input type="checkbox"/> 强制执行 <input type="checkbox"/> 其他：_____	罚没财物 处置情况	
案件承办人员 意见	案件承办人员： <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		
承办机构 负责人意见	承办机构负责人： <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		
部门负责人 意见	部门负责人： <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		
备 注			

文书 31

全宗名称	_____医疗保障局		
档案类别	行政处罚案件卷宗		
案件名称			
行政处罚（不予行政处罚） 决定书文号		办案机构	
办案日期	立案日期 年 月 日 结案日期 年 月 日	保管期限	
本卷共_____件_____页		归档号	

全宗号	目录号	案卷号

卷内备考表

本卷情况说明：
缺损、修改、补充、部分灭失等情况。

立卷人：

检查人：

立卷时间：

抄送：国家医疗保障局。

安徽省医疗保障局办公室

2019年9月26日印发
