

现场检查表

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 (执 法 证 号)	
检 查 组 成 员 (执 法 证 号)			
检 查 日 期			
基 本 内 容			
检 查 中 发 现 的 问 题			

检查组处理 意见	
被检查机构 意见	
被检机构领导 签字（盖章）	
备注	

违规处理通知书

_____通字（ ）第 号

当事人姓名或名称：_____

当事人住址或单位：_____

法定代表人（负责人）：_____

本机关对你（单位）于_____年_____月_____日推送的疑似数据进行筛选后，发现你（单位）存在_____

_____的问题。针对上述问题，本机关根据《伊犁州直定点医疗机构（定点零售药店）医疗保障服务协议》相关规定，要求你（单位）进行自查自纠进行整改，并对你（单位）自查核减后的违规医保基金经确认后。现对你（单位）涉及的违规医保基金元（大写_____元）予以追回（拒付），依据《伊犁州直定点医疗机构（定点零售药店）医疗保障服务协议》相关规定，应于本通知下发后，7个工作日内退缴违规医保基金，按照违规年度缴纳到农业银行尼勒克县医保局对公账户，【备注：以往年度缴纳到账户：尼勒克县医疗保障局，账号：30122001040012487（缴纳至：子账户：居民基本医

疗，账号：3012200104001249500000000002；职工基本医疗，
账号：3012200104001260200000000001,) 备注：逾期未退缴
或未足额退缴的，暂停拨付其医保基金。

特此通知。

年 月 日

(备注：本文书一式二份，当事人、医保局各一份。)

稽核通知书

_____〔 〕第 号

_____:

根据《伊犁州直定点医疗机构（零售药店）医疗保障服务协议》履行情况，兹指派下列人员于____年____月____日，对你（单位）进行稽核，稽核范围和内容：_____等情况进行日常稽核。

如果你（单位）认为稽核人员与本次稽核有利害关系，可以申请回避，并说明理由。你（单位）是否申请稽核人员回避：☐申请回避；☐不申请回避。

稽核人员及其执法证号：_____

联系人：_____联系电话：_____

特此通知。

（公章）

年 月 日

被稽核人（签字或盖章）：_____年____月____日

联系人：_____联系电话：_____

（本文书一式三份，一份送达被稽核人，一份稽核机构留存，一份随卷归档。）

