**附件1：** \*\*\*\*医疗保障局

### 失信认定决定书

医保基金监管信决字〔 〕第 号

当事人（单位名称或个人姓名）：

单位统一社会信用代码或个人身份证号码：

单位地址或个人住所：

单位法定代表人姓名： 及身份证号码：

根据《海南省医保基金监管领域信用管理办法》第三章之规定和相关证据，你（单位）在 （行政处罚文书号）的行为被认定为医疗保障基金监管 （严重/一般）失信行为，通过海南省医保基金监管信用管理平台进行披露，并实施 （严重/一般）信用管理措施，期限为 年（自 年 月 日起至 年 月 日止）。你（单位）被认定为失信主体后，可依据《办法》第六章之规定进行信用修复，提前解除失信管理措施。

如对上述决定不服，你（单位）可自本决定书送达之日起六十日内向（作出决定单位的本级人民政府或上一级主管部门）申请行政复议，也可以于本决定书送达之日起六个月内，直接向人民法院提起诉讼。当事人申请行政复议或者提起行政诉讼的，本决定不停止执行。

 ×××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。）

**附件2：** 失信行为纠正后的信用修复申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称/个人姓名 |  |
| 统一社会信用代码/个人身份证号 |  |
| 联 系 人 |  | 座机电话 |  |
| 移动电话 |  |
| 单位地址/个人住所 |  |
| 申请信用修复事项 | □被认定为一般失信□被认定为严重失信 |
| 作证材料 | 1.行政处罚决定书（复印件）2.失信主体认定决定书（复印件）3.进行合规整改、纠正失信行为等相关证明材料（可附页并盖章/签字）4.信用修复培训记录（可附页并盖章/签字）5.信用承诺书 |
|  医疗保障局：根据《海南省医保基金监管领域信用管理办法》有关规定， （本人/本单位）已进行合规整改、纠正失信行为、消除不良影响，现申请信用修复并提交相关证明材料，保证所提交的材料真实、有效，否则承担由此产生的一切后果。 申请单位/个人 ：(盖章/签字)  年 月 日 |

注：1.单位提交申请的，需由单位法定代表人（负责人）签字并盖单位公章。

2.作证材料“信用承诺书”，严重失信主体或者曾经作出虚假承诺的，不适用信用承诺有关规定，无需提交。

**附件3：**

失信行为纠正后的信用修复承诺书

 医疗保障局：

我（单位）被认定为失信主体，决定书文号： ，现依据《海南省医保基金监管领域信用管理办法》第六章之规定申请信用修复，我（单位）郑重承诺如下：

一、已纠正失信行为，并按照行政处罚决定书规定，履行处罚决定书项下相关要求；

二、所提供资料均合法、真实和有效；

三、严格遵守国家法律、法规、规章和政策规定，依法守信从事生产经营活动，自觉接受政府、行业组织、社会公众、新闻舆论的监督，积极履行社会责任；

四、若违背上述承诺内容，自愿接受有关违背承诺情况通报和公示，并承担相应责任；

五、同意将本承诺和践诺信息作为我（单位）信用记录归集并合规应用。

单位/个人 ：(盖章/签字)

 年 月 日

**附件4：** \*\*\*\*医疗保障局

信用修复决定书

 医保基金监管信修字〔 〕第 号

企业名称/姓名：

统一社会信用代码/身份证号：

经审核，你（单位） （符合/不符合）信用修复条件，根据《海南省医保基金监管领域信用管理办法》第六章之规定，决定

 （准予/不准予）信用修复， （解除/不解除）相关管理措施。本决定自作出之日起生效。

如对不予信用修复决定不服，你（单位）可自决定书送达之日起六十日内向（作出决定单位的本级人民政府或上一级主管部门）申请行政复议，也可以于本决定书送达之日起六个月内，直接向人民法院提起诉讼。

 ×××医疗保障局（公章）

 年 月 日

（本文书一式二份，一份送达当事人，一份由本机关留存。）

…………………………………………………………………………………………

**签收回执**

医保基金监管信修字〔 〕第 号《\*\*\*\*医疗保障局信用修复决定书》已于 年 月 日收到。

单位/个人 ：(盖章/签字)

年 月 日