附件5

定点医药机构中止医保服务协议申请书

医保局：

本单位 （医保编码 ）因 现自愿申请中止医保服务协议，中止时间 始，

止。本单位清楚医保协议中止超过180天仍未提出继续履行医保协议申请，医保协议自动终止，并对所提交资料实质内容的真实性负责，如有提供虚假不实资料，本单位将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。

特此申请

法定代表人签字：（单位公章）

联 系 电 话：

年 月 日