附件4

异议信息处理申请表

|  |  |
| --- | --- |
| **申请单位（人）** |  |
| **联系人** |  | **联系方式** |  |
| **异议信息描述** |  |
| **申请理由****（可附页）** | **年 月 日****（盖章）** |
| **信用承诺** | **本人承诺所填写内容和提交的相关材料真实准确，否则由此 产生的相应后果自负。** |
| **签 字 ：** | **（盖章）** |
| **备注** |  |

异议信息处理结果反馈单

|  |  |
| --- | --- |
| **申请单位（人）** |  |
| **异议信息****申请内容** |  |
| **异议信息****处理结果** | **医疗保障局** **年 月 日（盖章）** |
| **备注** |  |