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** |  |