附件5

信用修复申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **失信主体**  **基本情况** | **主体名称（填写法人单位名称或自然人名称）** |  | |
| **统一社会信用代码（自然人填写身份证号）** |  | |
| **联系方式** |  | |
| **申请修复失信 信息内容** | **失信信息内容描述** | **xxxx年xx月xx日，因\*\*\*\*行为被 处以\*\*\*罚款或者解除协议等（可提 供页面打印件或复印件）** | |
| **申请信用**  **修复理由** | **符合《四川省医疗保障基金使用信用管理暂行办法》规定** | **第四十九条、第五十条规定：符合口不符合口** | |
| **本单位（本人）声明，提交的材料真实有效。** | | | |
| **法定代表人（自然人）签字： 申请日期：** | | | **（盖章）** |