附件5

**贵州省医疗保障信用修复确认通知书**

**编号：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请修复的失信主体 | 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） | | |
| 法定代表人 |  | 联系方式 |  |
| 失信信息  内容 |  | | |
| 医疗保障部门意见 | 修复条件  认定情况 | 经核实，已履行法定责任和义务，社会不良影响基本消除。至申请日，失信信息已披露X年X个月，期间未产生新的记入信用档案的同类失信信息。 | | |
| 经办人：  单位主要负责人（签字）： 单位（盖章）：  年 月 日 | | | |