附件3

烟台市基本医疗保险参保人员陈述申辩书

处理通知书文号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 身份  证号 |  | 联系  电话 |  |
| 陈述申辩内容：（可附相关证明材料）  签字：  日期： | | | | | |
| 经办机构意见：  公章  日期： | | | | | |