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：   |