附件4

烟台市基本医疗保险参保人员信用修复

申请书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | | |
| 不良信用 | 认定的不良信息文书号 |  | 认定的不良行为时间区间 |  |
| 本人声明，自认定不良信用期间无医保基金使用不良行为，现申请信用修复。  签字：  日期： | | | | |
|
|
|
| 经办机构意见：  公章  日期： | | | | |

本文书一式两份，经办机构留存一份，参保人本人留存一份。