

附录 A
(资料性附录)
基本医疗保险待遇稽核文书

社会保险稽核通知书

____ 社保稽通字 () 第 ____ 号

_____ :

根据_____的规定,
决定于____年__月__日起对你(你单位)有关_____
_____情况实施稽核。请予配合, 并按要求提供
相关资料。

附件: 稽核具体内容和要求

特此通知。

(公章)

年 月 日

送达人: _____ 签收人: _____

年 月 日 年 月 日

(本文书一式两份: 一份稽核机构留存, 一份交稽核对象)

图 A.1 社会保险稽核通知书

社会保险稽核工作记录

第__页 共__页

稽核地点:

稽核时间: ____年__月__日至__月__日

稽核对象信息:

单位全称_____ 类别/性质_____

(姓名)

(身份证号码)

单位地址_____ 法定代表人_____

(住址)

(工作单位)

联系人姓名_____ 联系电话_____

稽核内容:

发现问题: (初步认定的具体违规事项及相关证据材料附后)

稽核人员签名:

年 月 日

图 A. 2 社会保险稽核工作记录

社会保险稽核询问笔录

第__页 共__页

被询问人信息：

姓名_____身份证号码_____

工作单位_____联系电话_____

联系地址_____邮政编码_____

询问地点：

稽核时间：____年____月____日____时____分至____时____分

稽核人员：我们（至少 2 人）是社会保险稽核人员，这是我们的稽核证件，现对_____情况进行询问。你享有以下权利：稽核人员少于两人或稽核证件与身份不符的，有权拒绝询问；同时你有义务如实提供有关资料、回答询问，不得拒绝、阻挠询问。请你配合。

询问记录（可附页）：

被询问人阅后签名：

稽核人员签名：

年 月 日

年 月 日

图 A. 3 社会保险稽核询问笔录

社会保险稽核结果告知书

__社保稽告字（ ）第 号

_____:

我单位于____年__月__日至____年__月__日对你（你单位）有关_____情况实施了稽核。根据有关规定，现将稽核结果告知如下（可附页）：

如对以上内容有异议，应在收到本告知书之日起5个工作日内（即____年__月__日前）向我单位提出书面意见，未在规定期限内提出书面意见的，视为无异议。

（公章）

年 月 日

上述稽核结果已经本单位（本人）确认。

稽核对象签名或盖章：

年 月 日

（本文书一式两份：一份稽核机构留存， 一份交稽核对象）

图 A. 4 社会保险稽核结果告知书

社会保险稽核文书送达回证

送达文书名称	
送达文书 文号或编号	
被送达人	
送达地点	
送达人	
收件人签名 及收件时间	
备注	

图 A.5 社会保险稽核文书送达回证

社会保险稽核会议记录

第__页 共__页

案由：

会议主持人：

参加会议人员：

会议时间：____年__月__日

会议地点：

相关资料：证据资料、处理依据见附页

会议结论：

会议人员签名：

记录人签名：

图 A. 6 社会保险稽核会议记录

社会保险稽核处理决定书

__社保稽处字（ ）第 号

稽核对象信息：

单位全称_____ 类别/性质 _____
(姓名) (身份证号码)
单位地址_____ 法定代表人 _____
(住址) (工作单位)
联系电话_____

经稽核,发现你(你单位)于__年__月__日至__年__月__日,
存在__ (违规事实) __行为,违反了__ (依据条款项) __的规定,
依据_____的规定,现作出以下处理决定:

如不服本决定,可于收到本决定书之日起六十日内依法申请复议,
或者三个月内向_____人民法院起诉,但不得停止执行本决定;逾
期不申请复议、也不起诉,又不履行本决定的,我单位可以报请社会
保险行政部门申请人民法院强制执行。

(公章)

年 月 日

(本文书一式两份:一份稽核机构留存,一份交稽核对象)

图 A. 7 社会保险稽核处理决定书

社会保险稽核立案报告

__社保稽立字（ ）第 号

案件来源：

受理时间：

案发时间：

案发地点：

稽核对象信息：

单位全称_____ 类别/性质_____

(姓名)

(身份证号码)

单位地址_____ 法定代表人_____

(住址)

(工作单位)

联系人姓名_____ 联系电话_____

案情摘要：

受理人签名：

年 月 日

负责人审批意见：

本案自____年__月__日起立案，由_____(两名以上
稽核人员) 承办。

负责人签名：

年 月 日

图 A.8 社会保险稽核立案报告

社会保险稽核立案调查终结报告

案由：

稽核对象：

承办单位：

承办人：

案情及违规事实：

证据资料：

合议情况：

处理建议：

承办人：_____

年 月 日

负责人意见：

负责人签名：_____

年 月 日

图 A.9 社会保险稽核立案调查终结报告

社会保险稽核结案报告

稽核对象：

案件来源：

立案日期：_____年____月____日

案由：

执行情况：

1、稽核处理决定

文书文号：

执行日期：

执行结果：

2、提请行政处理建议的回复

回复日期：

回复摘要：

3、提请司法处理建议的回复

回复日期：

回复摘要：

4、其他

建议本案结案。

承办人签名：_____

年 月 日

负责人审批意见：

负责人签名：_____

年 月 日

图 A. 10 社会保险稽核结案报告

参 考 文 献

- [1] 劳动和社会保障部第16号令 社会保险稽核办法
 - [2] 人力资源和社会保障部（人社部发[2014]54号） 关于进一步加强基本医疗保险医疗服务监管的意见
 - [3] GB/T 27768-2011 社会保险服务 总则
-