河南省医疗保障

信用评价异议信息处理结果反馈单

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位（人） |  |
| 异议信息  申请内容 |  |
| 异议信息  处理结果 | XX医疗保障局  年  月    日  （盖章） |
| 备 注 |  |