附件1

省本级基本医疗保险定点医药机构

暂停（终止）服务协议管理申请书

 医疗保险管理局：

本单位（医保编码 ）因 现自愿申请暂停（终止）定点服务协议管理，暂停时间 始， 止。并对所提交资料实质内容的真实性负责，如有提供虚假不实资料，本单位将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。

特此申请

法人代表签字： （单位公章）

 年 月 日

附件2

省本级基本医疗保险定点医药机构

暂停（终止）服务协议通知书

 ：

你单位（医保编码 ）因 暂停（终止）省本级基本医疗保险定点服务协议，暂停时间 始， 止。

经审核，情况属实，现同意暂停（终止）你单位省本级基本医疗保险定点服务协议。

特此通知

 四川省医疗保险管理局

 年 月 日

（第一联 医药机构留存）

省本级基本医疗保险定点医药机构

暂停（终止）服务协议通知书

 ：

你单位（医保编码 ）因 暂停（终止）省本级基本医疗保险定点服务协议，暂停时间 始， 止。

经审核，情况属实，现同意暂停（终止）你单位省本级基本医疗保险定点服务协议。

特此通知

 四川省医疗保险管理局

 年 月 日

（第二联 经办机构留存）

附件3

省本级基本医疗保险定点医药机构

恢复服务协议申请书

 医疗保险管理局：

本单位（医保编码 ）因 现申请恢复定点服务协议，并对所提交资料实质内容的真实性负责，如有提供虚假不实资料，本单位将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。

特此申请

法人代表签字： （单位公章）

 年 月 日

附件4

省本级基本医疗保险定点医药机构

恢复服务协议通知书

 ：

你单位（医保编码 ）因 恢复省本级基本医疗保险定点服务协议。

经审核，情况属实，现同意恢复你单位省本级基本医疗保险定点服务协议。

特此通知

四川省医疗保险管理局

 年 月 日

（第一联 医药机构留存）

省本级基本医疗保险定点医药机构

恢复服务协议通知书

 ：

你单位（医保编码 ）因 恢复省本级基本医疗保险定点服务协议。

经审核，情况属实，现同意恢复你单位省本级基本医疗保险定点服务协议。

特此通知

四川省医疗保险管理局

 年 月 日

（第二联 经办机构留存）