附件6

**贵州省医疗保障不予信用修复告知书**

**编号：**

：

我局于 年 月 日收到你（单位）提出的申请，经审查，不符合《贵州省医疗保障信用管理暂行办法》规定，决定不予信用修复。

如你（单位）不服本决定，可以自收到本告知书之日起5个工作日内，向 提出异议申请。

单位名称（公章）

年 月 日

医保局联系人： 联系人电话：

签 收 人： 签收人电话：