附件5

对不予立案决定的复议申请

医保案复字〔 〕 号

公安局：

我局于 年 月 日将 案件资料移送你局，你局决定不予立案。根据《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》第九条规定，现提请你局复议。

理由如下：

（医保行政部门印章）

年 月 日