询 问 笔 录

案 由：

时间： 年 月 日 时 分至 时 分。

地点：

被询问人： 性别： 年龄： 身份证号码：

工作单位： 职务： 电话：

住 址： 邮编：

询问人： 执法证号：

询问人： 执法证号： 记录人：

**表明身份：**您好！我们是 的行政执法人员 、 ，今天我们就 （案由） 案有关情况对你进行调查询问，这是我们的执法证件（向被询问人出示执法证件，执法证号编号： 、 ），请您查验。

答：执法证件我已查验，没有疑问。

**告知权利：**根据《中华人民共和国行政处罚法》（2021年修正）第四十三条第二款之规定，如果您认为我们与本案有直接利害关系，可能影响公正办案的，您有权申请回避，并说明理由，您是否申请回避？

答：不申请回避（我申请回避，理由是......）。

**告知义务：**你应当如实回答询问，积极配合执法机关开展案件调查，据实提供相关材料，否则要承担相应的法律责任，你听清楚了吗？

答：听清楚了。

**询问内容：**1.问：

答：

2.问

答：

被询问人签名： 询问人签名： 、

第 页共 页

询 问 笔 录（续页）

被询问人签名： 询问人签名： 、

第 页共 页

询 问 笔 录（尾页）

被询问人对笔录的内容确认： （上述内容我已阅，属实。）

被询问人签名： 年 月 日

询问人签名： 、 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

第 页共 页

【上饶市医疗保障局】

现场检查通知书

医保检通字 第 号

：

根据 规定，兹指派下列人员于 {{startdate}} ，对你（单位）进行检查，检查范围和内容主要是

请予积极配合，做好有关资料的准备，并提供必要的工作条件。

如果你（单位）认为检查人员与本案有利害关系，可能影响公正办案，可以申请回避，并说明理由。你（单位）是否申请检查人员回避：□申请回避；□不申请回避。

检查组组长及其执法证号：

检查组成员及其执法证号：

联系人： 联系电话：

特此通知。

【上饶市医疗保障局】 （公章）

年 月 日

被检查人（签字或盖章）： 年 月 日

联系人： 联系电话：

（本文书一式三份，一份送达被检查人，一份承办机构留存，一份随卷归档。）