附件5

信用修复确认通知书

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申请修复的失信主体 | 姓 名 |  |
| 身份证号码 |  |
| 联系方式 |  |
| 失信信息内容 |  |
| 医疗保障局意见 | 修复条件  认定情况 | 经核实，不良信息主体已履行法定责任和义务，社会不良影响基本消除。  至申请日，不良信息已满X年 x 个月， 期间未产生新的记入信用档案的同类不良信息。 |
| 修复处理意见 | 经办人：  单位（盖章）  年  月  日 | |