附件2

异议信息处理结果反馈单

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人 |  |
| 所属单位 |  |
| 异议信息  申请内容 |  |
| 异议信息  处理结果 | 金华市医疗保障局  年  月  日  （盖章） |
| 备注 |  |