

对参保人员医疗保障基金使用情况的检查

检查时间： 年 月 日 时 分 秒

检查单编号：京医疗保障〔2024〕3号

任务名称			
任务编号			
统一社会信用代码/身份证号			
名称			
类型			
法定代表人/负责人/经营者姓名			
住所或地址			
联系方式			
检查来源		<div><input type="checkbox"/> 日常检查</div> <div><input type="checkbox"/> 专项检查</div> <div><input type="checkbox"/> 投诉举报</div> <div><input type="checkbox"/> 转办交办</div> <div><input type="checkbox"/> 证后核查</div> <div><input type="checkbox"/> 巡查检查</div>	
序号	检查项	检查要点	检查结果
1	对参保人员医疗保障基金使用情况的检查	参保人员费用发生情况按照数据监管规则（费用、频次）进行筛查、比对。	<div><input type="radio"/> 未发现问题</div> <div><input type="radio"/> 发现问题</div> <div><input type="radio"/> 不涉及</div> <div>问题记录_____</div>
检查单位			
检查结论			
检查人员签名		姓名： 执法证号：	年 月 日
		姓名： 执法证号：	年 月 日
备注			