附件5

**濮阳市基本医疗保险定点医药机构**

**申请不予受理通知书**

（ ）医保不予受理字〔 〕第 号

:

经核验，你单位所递交的承担濮阳市基本医疗保险定点服务申请，现不予受理。理由如下：

1、 ；

2、 ；

3、 ；

4、 ；

5、 。

资料不全的请自收到本通知之日起10个工作日内补齐资料，并报送至我单位，否则视为自愿放弃申请。

（印章）

年 月 日