附件2

全省各地开展整治骗取医保基金专项行动相关情况统计表

填报单位：（市、州专项整治行动工作专班办公室） 填报人： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重点抽查医疗机构 | | 检查发现违规问题情况 | 违规问题  涉及基金  金额  （万元） | 对违规问题的整改和处理情况 | | |
| 医疗机构性质 | 医疗机构名称 | 追回基金  金额  （万元） | 行政处罚情况 | 对相关人员处理和责任追究情况 |
| 公立  医院 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 民营  医 院 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 其他  医院 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 总计 |  |  |  |  |  |  |