附件4

申请材料补正通知书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请机构名称 | |  | |
| 通知日期 | |  | |
| 你所提交的申请材料，经我局审核，缺少以下材料： | | | |
| 请于收到本通知之日起五个工作日之内补正上述材料，逾期不补正或未按要求补正的视为撤回申请。 | | | |
| 申请人  （签名） |  | 联系  电话 |  |

**注：**此表一式两联；第一联由受理部门归入申请材料中；第二联交申请机构。

（县区医保经办部门盖章）