

附件 3

## 青海省医疗保障举报线索延期办理申请表

申请单位：（盖章）

年 月 日

信访编号	
线索内容	
申请延期时限	
原因说明	
单位负责人意见	单位负责人：（签章） 年 月 日
单位集体意见	单位：（盖章） 年 月 日
注： 本表一式两份（报上级医疗保障部门一份，申请单位留存一份）	