**行政复议申请书（公民/法人或者其他组织）**

**申请人：**（个人作为申请人才需填写） 性别 出生年月

身份证（其他有效证件）号码

工作单位

住所（联系地址）

邮政编码 电话

 [（法人或者其他组织）（名称）

住所（联系地址） 邮政编码 电话

法定代表人或者主要负责人（姓名） 职务 ]

委托代理人：（姓名） 电话

**被申请人：**(填写作出具体行政行为的行政机关)

申请人不服被申请人年月日作出的*(填写行政机关作出的具体行政行为,例如“深医保不受决字第\*\*\*\*\*\*\*号《不予受理决定书》”)*具体行政行为，现申请行政复议。

**行政复议请求：** *（如撤销、确认违法、责令履行、变更）*

**事实和理由：** *（填写事实情况和申请行政复议的理由）*

此致

深圳市医疗保障局

附件：1．申请书副本 份

2．申请人身份证明材料复印件

3．其他有关材料 份

4．授权委托书（有委托代理人的）

申请人（签名或者盖章）：

（申请行政复议的日期） 年 月 日