## 情况说明(模板)

定点药店/医疗机构（全称）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（编码：＿＿＿＿），因如下原因：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿停止经营，且对公银行账户已注销，故停止经营前尚需结算的款项发生银行退票，现已将手续全部重新递交，请求医保再次拨款。特申请将此笔款项转入本药店法人（姓名）＿＿＿＿的个人盛京银行卡，将手续全部重新递交，请求再次拨款。

本法人承诺：上述材料真实有效，如因提供虚假材料，愿承担一切法律责任。

经办人: 电话：

落款(定点药店/定点医疗机构名称)

X年X月X日

(盖公章和法人章）