附件6

\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金

额度调整付款通知书

（经办机构全称）：

请你单位将XXXX年跨省异地就医预付金于XXXX年2月底前拨付。付款明细清单如下：

**跨省异地就医预付金付款汇总表**

预付金年度：XXXX年

付款方：XX省 单位：万元

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **地 区** | **上年额度** | **本年核定额度** | **实际划款额度** |
| 北 京 |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |

注：上年额度指国家医保局核定的上年度预付金额（含紧急调整额度）

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日