附件15

\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医

费用付款通知书

（经办机构全称）：

请你单位将XXXX年XX月跨省异地就医费用\_\_\_\_\_\_\_\_\_元及时拨付给就医地。付款明细清单如下：

**跨省异地就医费用付款汇总表**

清算所属月份：XXXX年XX月

付款方：XX省 （区、市） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |
| --- | --- |
| **地 区** | **金 额** |
| 北 京 | 　 |
| 天 津 | 　 |
| 河 北 | 　 |
| 山 西 | 　 |
| 内蒙古 | 　 |
| 辽 宁 | 　 |
| 吉 林 | 　 |
| 黑龙江 | 　 |
| 上 海 | 　 |
| …… | 　 |
| 合 计 | 　 |

明细见：附件14-1\_\_省（区、市）跨省异地就医应付医疗费用清算表；

附件14-2\_\_省（区、市）跨省异地就医职工医保基金应付明细表；

附件14-3\_\_省（区、市）跨省异地就医居民医保基金应付明细表；

附件14-4\_\_省（区、市）跨省异地就医医保基金审核扣款明细表；

附件14-5\_\_省（区、市）跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表；

附件14-6\_\_省（区、市）跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表。

签章日期：XXXX年XX月XX日