附件7

吉林省XXXX统筹区XXXX（期别）XXXX（类别）

收款通知书

（经办机构全称）：

按照《吉林省医疗保险异地就医管理办法》（吉医保联〔2022〕30号）和《吉林省医疗保险异地就医经办规程》（吉医保联〔2023〕xx号）文件规定，请你单位按时对 （款项期别） （类别） （金额）元查收确认。

附：1.吉林省异地医保费用收款清算表

2.吉林省XXXX统筹区异地医保业务周转金额度调整明细表

吉林省社会医疗保险管理局

签章日期：XXXX年XX月XX日