|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件11 |  |  |  |  |  |  |
| 吉林省XXXX统筹区异地医保费用付款清算表 |
| 制表单位：（省级经办机构签章） | 清算所属期： |  | 单位：元（保留两位小数） |
| 序号 | 业务事项类型 | 省平台 | 省本级 | 长春市 | …… | 合计 |
| 1 | 跨省 | 异地就医 |  |  |  |  |  |
| 2 | 省内 | 异地就医 |  |  |  |  |  |
| 3 | 转移接续 |  |  |  |  |  |
| 4 | 结余留用 |  |  |  |  |  |
| 5 | …… |  |  |  |  |  |
| 6 | 合计 |  |  |  |  |  |
| 注：1.转移接续指省内个人账户资金转移，结余留用指集中带量采购药品及耗材结余留用。 2.本表为省级经办机构统一向各统筹区提供，各统筹区仅显示本统筹区数据，省异地平台可以显示全部统筹区数据。 |
| 单负责人： 审核人： 制表人： 制表日期：XXXX年XX月XX日  |