附件2-1

吉林省拟新增医疗服务价格项目申报汇总表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 填报单位（签章）： |  |  填报日期： 年 月 日  |
| 序号 | 申报单位及科室 | 项目编码(四位类别码) | 项目名称 | 项目内涵 | 除外内容 | 计价单位 | 计价说明 | 申报 价格（元） | 备 注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：**1.部（省）属医疗机构填写后报送省医疗保障局；

2.各市州医疗保障局汇总辖区内新增医疗服务价格项目后报送省医疗保障局。