附件2-2

吉林省拟修订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 | 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） | 修订原因 |
| 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。

3.拟修订部分应采用红色字体（红色删除线）突出显示修订内容并备注修订原因。