附件14-7

\_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医应收医疗费用清算表

制表单位：（经办机构签章） 清算所属月份：XXXX年XX月 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **地 区** | **合计** | **职工医保** | **居民医保** |
| 北 京 |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |

单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期：