附件17

市（州）省内异地就医费用付款通知书

（经办机构全称）：

请你单位将XXXX年XX月省内异地就医费用\_\_\_\_\_\_\_\_\_元及时上解至省财政专户。付款明细清单如下：

省内异地就医费用付款汇总表

清算所属月份：XXXX年XX月

付款方：XX市 （州） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |
| --- | --- |
| **地 区** | **金 额** |
| 省本级 |  |
| 兰 州 |  |
| 嘉峪关 |  |
| 金 昌 |  |
| 白 银 |  |
| 天 水 |  |
| 武 威 |  |
| 张 掖 |  |
| 平 凉 |  |
| …… |  |
| 合 计 |  |

明细见： 附件17-1 市（州）省内异地就医应付医疗费用清算表；

附件17-2 市（州）省内异地就医职工医保基金应付明细表；

附件17-3 市（州）省内异地就医居民医保基金应付明细表；

附件17-4 市（州）省内异地就医医保基金审核扣款明细表；

附件17-5 市（州）省内异地就医职工医保基金审核扣款明细表；

附件17-6 市（州）省内异地就医居民医保基金审核扣款明细表

签章日期：XXXX年XX月XX日