附件8-1

\_\_\_\_市（州）跨省异地就医预付金额度

紧急调增付款通知书

（经办机构全称）：

根据《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）、《甘肃省医保局 财政厅关于进一步做好基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》（甘医保发〔2022〕75号）文件规定，请你单位于XXXX年XX月XX日前，补充拨付预付金XXXX万元。

（落款：甘肃省医疗保障服务中心）

签章日期：XXXX年XX月XX日