附件14-2

\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医职工医保基金应付明细表

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目**  **地区** | **基本医疗保险** | | **职工大额医疗费用补助** | **补充医疗保险** | **公务员医疗补助** | **伤残人员医疗保障** | **医疗救助** | **其他** | **合计** |
| 北 京 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用

2.个人账户基金归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费用

3.职工大额医疗费用补助基金归集参加职工基本医疗保险后，二次投保用于支付超过基本医疗保险基金最高支付限额以上医疗费用

4.补充医疗保险基金归集由经办机构管理的其他补充医疗保险基金支付的医疗费用

5.公务员医疗补助基金归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费用

6.伤残人员医疗保障基金归集二等乙级以上革命伤残军人医疗费用

7.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用

8.其他归集非以上项目医疗费用