附件6-2

\_\_\_\_市（州）省内异地就医预付金

额度调整付款通知书

（经办机构全称）：

请你单位将XXXX年省内异地就医预付金于签章之日起10个工作日内上解至省财政专户。付款明细清单如下：

省内异地就医预付金付款汇总表

预付金年度：XXXX年

付款方：XX市（州） 单位：万元

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **地 区** | **上年额度** | **本年核定额度** | **实际划款额度** |
| 省本级 |  |  |  |
| 兰 州 |  |  |  |
| 嘉峪关 |  |  |  |
| 金 昌 |  |  |  |
| 白 银 |  |  |  |
| 天 水 |  |  |  |
| 武 威 |  |  |  |
| 张 掖 |  |  |  |
| 平 凉 |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |

注：上年额度指省级经办机构核定的上年度预付金额（含紧急调整额度）

（落款：甘肃省医疗保障服务中心）

签章日期：XXXX年XX月XX日