|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件9 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 吉林省异地医保业务费用清算表 | | | | | | | | | | | | |
| 业务事项类型：þ全部、þ异地就医、þ省内个人账户资金转移、þ集中带量采购药品及耗材结余留用、þ其他 | | | | | | | | | | | | |
| 制表单位：（省级经办机构签章） | | | | | 清算所属期：XXXX年XX月/XXXX年度 | | | |  | 单位：元（保留两位小数） | | |
| **统筹区名称** | | | **付 款 方** | | | | | | | | | |
| 省平台 | 省内 | | | | 跨省 | | | | 合计 |
| 省本级 | 长 春 | 吉 林 | …… | 北 京 | 天 津 | 河 北 | …… |
| **收 款 方** | 省平台 | | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 省  内 | 省本级 |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 长 春 |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  | —— |  |  |  |  |  |
| 跨  省 | 北 京 |  |  |  |  |  | —— | —— | —— | —— |  |
| 天 津 |  |  |  |  |  | —— | —— | —— | —— |  |
| 河 北 |  |  |  |  |  | —— | —— | —— | —— |  |
| …… |  |  |  |  |  | —— | —— | —— | —— |  |
| 合 计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：各地可根据需要单选或多选业务事项类型出具对应事项的清算表。 | | | | | | | | | | | | |
| 制表日期：XXXX年XX月XX日 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |