|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件15 | | | |  |  |  |  |
| 吉林省异地医保业务年终清算申请表 | | | | | | | |
| 申请统筹区：（盖章） | |  | 清算年度：XXXX | |  | 单位：元(保留两位小数） | |
| 序号 | 类型 | 业务事项类型 | 省平台 | 省本级 | 长春市 | …… | 合计 |
| 1 | 应拨付金额 | 月度清算差异 |  |  |  |  |  |
| 2 | 超支结余补助 |  |  |  |  |  |
| 3 | 保证金扣款 |  |  |  |  |  |
| 4 | 审核扣款 |  |  |  |  |  |
| 5 | 超支返还 |  |  |  |  |  |
| 6 | 其他 |  |  |  |  |  |
| 7 | 小计 |  |  |  |  |  |
| 8 | 应收取金额 | 月度清算差异 |  |  |  |  |  |
| 9 | 超支结余补助 |  |  |  |  |  |
| 10 | 保证金扣款 |  |  |  |  |  |
| 11 | 审核扣款 |  |  |  |  |  |
| 12 | 超支返还 |  |  |  |  |  |
| 13 | 其他 |  |  |  |  |  |
| 14 | 小计 |  |  |  |  |  |