|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件18 |  |  |  |  |  |  |
| 吉林省XXXX统筹区异地医保费用年终付款清算表 | | | | | | |
| 制表单位：（省级经办机构签章） | | 清算年度： | | 单位：元（保留两位小数） | | |
| 序号 | 类型 | 省平台 | 省本级 | 长春市 | …… | 合计 |
| 1 | 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 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 注：表内异地就医月度差异指异地就医月度清算中产生的漏、错、差异； |
| 单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期：XXXX年XX月XX日 |